

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1913-1914 — N° 145

DE L'ÉTAT ACTUEL DE LA
GASTROSTOMIE

(DE LA GASTROSTOMIE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE)

INDICATIONS, TECHNIQUE, RÉSULTATS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 27 Juillet 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE ROBERT

Né le 24 Octobre 1887, à Saint-Etienne (Loire)



LYON

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE « LA SOURCE »

21, Rue Vieille-Monnaie

1914

DE L'ÉTAT ACTUEL DE LA
GASTROSTOMIE

(DE LA GASTROSTOMIE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE)

INDICATIONS, TECHNIQUE, RÉSULTATS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1913-1914 — N° 145

DE L'ÉTAT ACTUEL DE LA
GASTROSTOMIE

(DE LA GASTROSTOMIE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE)

INDICATIONS, TECHNIQUE, RÉSULTATS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 27 Juillet 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE ROBERT

Né le 24 Octobre 1887, à Saint-Etienne (Loire)



LYON

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE « LA SOURCE »

21, Rue Vieille-Monnaie

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie.	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire.	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN —
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND —
Accouchements	COMMANDEUR —
Embryologie	LETARGET —
Anatomie topographique	PATEL —
Botanique	BRETIN —
Chirurgie expérimentale	VILLARD —
Clinique infantile	MOURIQUAND —
Déontologie et médecine professionnelle	X... —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, *Président* ; NOVÉ-JOSSERAND, *Assesseur* ;
MM. LÉRICHE et DUROUX, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA BONNE FAMILLE

Nous prions :

M. LE PROFESSEUR BÉRARD

Professeur de Clinique Chirurgicale

*d'agréer nos remerciements pour le très grand honneur qu'il
nous fait de vouloir bien présider notre jury de thèse dont :*

M. LE PROFESSEUR NOVÉ-JOSSERAND

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUROUX

Chef des travaux de médecine opératoire

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LERICHE

Chef de clinique chirurgicale

*ont bien voulu accepter de faire partie, de quoi nous les
remercions vivement.*

Au moment de terminer nos études, il est pour nous un devoir bien doux, celui d'exprimer notre reconnaissance à ceux qui se chargèrent de notre enseignement.

Nous remercions en particulier

LE PROFESSEUR BÉRARD

qui a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse, les idées générales.

LE DOCTEUR SARGNON

fut pour nous un maître dévoué ne craignant pas de dépenser son temps et sa peine pour nous prodiguer des conseils éclairés. Qu'il accepte l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous n'aurions garde d'oublier

LE DOCTEUR HORAND

qui a bien voulu nous communiquer quelques observations.

Enfin nous tenons à remercier ici tous ceux qui par leur enseignement facilitèrent notre tâche d'étudiant. Nous associons donc dans notre reconnaissance,

LE DOCTEUR BRET

qui fut notre premier maître,

LE DOCTEUR AURAND

Chef de clinique ophtalmologique

qui nous initia aux recherches de laboratoire et

LE DOCTEUR ANDRÉ CHAILLER

qui nous témoigna toujours la plus cordiale sympathie.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

C'est avec la plus vive reconnaissance que nous avons accepté de M. le Professeur Bérard, la tâche de résumer l'état actuel de la Gastrostomie. Une thèse sur ce sujet, il y a vingt ans, aurait manqué de matériaux, tandis qu'à notre époque, l'abondance de documents sur la gastrostomie est considérable. Cela provient de perfectionnements successifs apportés à la technique opératoire, et aussi du nombre croissant des cas où cette intervention est indiquée.

Nous n'avons pas la prétention, dans ce travail bien trop bref, de traiter la question dans tous ses détails, mais nous nous proposons de suivre l'évolution de la gastrostomie, opération très grave et à conséquences immédiates souvent fatales par d'anciennes méthodes, qui est devenue, grâce à des recherches nombreuses, d'un usage courant et à

suites, très simples, à part un petit nombre de cas nettement définis.

En effet, nous verrons qu'à l'heure actuelle la gastro peut être pratiquée dans tous les cas, même chez les cachectiques « in extremis », et qu'elle est toujours continente. Enfin, à son objet initial, nourrir le malade par une fistule gastrique, se sont jointes d'autres indications ; actuellement, la gastrostomie permet de nouvelles méthodes d'exploration des voies digestives supérieures et des interventions par voie rétrograde sur l'œsophage sténosé.

Nous essaierons de ne pas perdre de vue le but à atteindre : montrer l'utilité et le peu de gravité de la gastrostomie actuelle. Pour cela, notre plan est nettement tracé. Après avoir suivi l'évolution des idées sur la gastro à mesure que se perfectionnaient les méthodes, nous chercherons dans une foule d'autres, le meilleur procédé ; nous insisterons sur le progrès apporté à la technique opératoire par l'anesthésie locale, puis nous passerons rapidement en revue les indications de la gastrostomie. Enfin, en quelques lignes, nous formulerons une conclusion qui s'efforcera de résumer avec netteté les travaux consultés au cours de notre thèse.

HISTORIQUE

Résumer l'histoire d'une intervention aussi souvent remaniée que la gastrostomie paraît à priori infiniment complexe ; il s'agit de faire ressortir une évolution très nette due à des perfectionnements successifs, en condensant une foule de documents. Cependant nous croyons pouvoir diviser son histoire en cinq phases que nous allons étudier successivement :

- 1° Phase préantiseptique ;
 - 2° Phase antiseptique ;
 - 3° Recherches de procédés donnant une fistule continente ;
 - 4° Phase œsophagoscopique ;
 - 5° Phase de l'anesthésie locale dans la gastrostomie.
- 1° *Phase de début, ou préantiseptique.*

Elle fut bien peu encourageante ; les opérés mouraient tous et la gastro pouvait être traitée de « folie opéra-

toire » par Alquié en 1854. Mais si les résultats sont déplorables, il est intéressant d'étudier cette période au point de vue des origines de la gastrostomie.

Se basant sur les observations classiques de Woitgel et de William de Beaumont montrant la possibilité de la vie avec une fistule gastrique accidentelle, le médecin militaire norvégien A. Egebert en 1837, émit l'idée première de la gastro. Il voyait là, pour alimenter les malades affligés d'un rétrécissement de l'œsophage, un procédé pouvant donner de meilleurs résultats que les lavements alimentaires, et il inventa une intervention qu'il n'eut malheureusement pas l'occasion de tenter.

Cette fistule gastrique qu'Egebert avait décrite fut réalisée expérimentalement par Bondlot (de Nancy) en 1841 sur des chiens, afin d'étudier la digestion stomacale. Il fut imité par Bassow (1843).

C'est au chirurgien français Sédillot que revient l'honneur d'avoir pratiqué le premier une gastrostomie sur l'homme (13 novembre 1849). Le malade opéré porteur d'un cancer œsophagien et cachectique avancé mourut quelques heures après l'intervention. Sédillot s'était servi d'une canule à larges bords pour faire communiquer l'estomac avec l'extérieur. Quatre ans après (1853) il pratiquait une nouvelle gastro, mais n'ouvrait l'estomac que cinq jours après l'avoir fixé à la paroi abdominale. Son malade mourait au dixième jour de péritonite, mais Sédillot venait de créer le procédé à deux temps.

Malgré ces deux insuccès, il fut imité par un certain nombre d'opérateurs qui n'obtinrent pas des résultats

plus encourageants. Parmi eux nous devons citer : FENGER (1854), COOPER FORSTER (1856), HABERSTON (1858), SYDNEY JONES (1860-66), Th. BRYANT, CURLING (1866), RUDALL, VAN THADEN (1867), FOX, DURHAM (1868), MAURY (1870), J. LAVE (1871), SMITH, LEWIS, MAC-CORMAC, JONON (de Nantes), LEGROS, CLARK, TROMP, BRYANT, MASON, JACKSON (1872). LOWE, ROSE, JACOBI, HJORT, MOLLER (1874).

Le seul succès, tout relatif, de cette période désastreuse, est du à SYDNEY JONES (1875) avec une survie de *vingt* jours.

2° Phase antiseptique.

Arrive l'antisepsie, la chirurgie toute entière en reçoit un vif élan, celle de l'abdomen en particulier et la gastrostomie, toujours fatale au début, va profiter de ses bienfaits. Eviter la péritonite, tel est le souci de tous les opérateurs.

Le premier cas intéressant de cette période est celui du malade de Verneuil qui ne succomba que seize mois après l'intervention de tuberculose pulmonaire. D'ailleurs il fut l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine (31 octobre 1876) et à l'Académie des Sciences (Mars 1877) et le malade fut présenté aux étudiants du cours de physiologie. Verneuil attribua ce succès et ceux qu'il eut ensuite, à une antisepsie rigoureuse et à la perfection de ses sutures stomacales.

Les communications de Verneuil encouragèrent les opérateurs, et la gastrostomie fut tentée avec des résultats intéressants par Lanelongue (de Bordeaux, 1877), Schonborn (de Königsberg, 1877), Trendelenburg (de Rostock, 1878), Herff (1879), Howse (1879) etc...

il proposait de faire la gastrostomie alors qu'on pouvait encore sonder l'œsophage, la sonde était terminée par un ballon de caoutchouc lequel, insufflé, appliquait l'estomac contre la paroi abdominale.

Les Anglais, Howse en particulier, font la gastro en deux temps et obtiennent des résultats encourageants.

3° Recherches de procédés donnant une fistule continente.

Nous avons vu la gastrostomie devenir moins meurtrière dans la période précédente, elle présentait encore un gros inconvénient. En effet les gastrostomisés menaient une vie misérable, digérant avec leur suc gastrique qui s'écoulait continuellement par leur fistule, leur paroi abdominale. Et cela malgré les obturateurs (Sédillot, Langenbeck, etc.) et les sondes à demeure de Verneuil et de Trendelenburg.

Il s'agissait donc d'empêcher le suc gastrique de s'écouler par la fistule.

Les procédés qui prirent naissance sont si nombreux que nous ne ferons que les mentionner en les groupant d'après leurs grandes lignes. Dans la partie de cette thèse consacrée au manuel opératoire de la gastronomie nous ne décrivons pas tous ces procédés, ce serait pour nous un travail sans grand profit : de l'avis des chirurgiens lyonnais le procédé de Fontan donne les meilleurs résultats, c'est lui qui nous intéressera surtout à ce moment.

Lucas-Championnière a proposé comme moyen palliatif de protéger la paroi en la recouvrant de coton vaseliné.

On a cherché à créer une fistule continente en la fai-

sant très haut sur l'estomac, au voisinage du cardia. (Communication de Larger à la Société de Chirurgie (1883); travaux de Delagenière, Hahn, Cecherelli, Heusner).

D'autres ont eu recours à une boutonnière très petite (Bryant, Lucas-Championnière) ou à un ourlet muqueux autour de l'orifice abdominal (Terrier, Berger, Hartmann, Doyen).

Poncet opérant en deux temps, faisait son incision secondaire en plein tissu cicatriciel.

Tous ces procédés sont très simples, mais ils ne donnent pas une continence aussi complète que certaines méthodes ultérieures. Celles-ci tendent à créer dans le conduit un sphincter ou à y produire des valvules (occlusion par sphinctérisation et occlusion par valvulation).

La sphinctérisation peut être : osseuse lorsque la fistule suit un trajet intercostal (Hahn, Cecherelli, Heusner); musculaire soit que la fistule traverse le muscle grand droit (Girard, Von Hacker, Jaboulay), soit que les fibres lisses de l'estomac forment un anneau contractile (Golding-Bird, Fischer, Terrier).

La valvulation comprend plusieurs procédés. Les uns font suivre à la paroi stomacale un trajet long et coudé au-dessous de la peau, tantôt vertical (Sabaneef, Linder, Frank, Villar, Kocher), tantôt horizontal (Jaboulay, Hartmann); d'autres créent un trajet oblique sur la paroi stomacale (Witzel) ou bien entre la musculuse et la muqueuse (Marwedel, Fischer, Schnitzler, Barozzi). Parmi les procédés de même ordre notons ceux qui tordent sur eux-mêmes le trajet dans sa por-

tion stomacale ou le plissent en bourse (Ullmann, Stamm, Senn, Von Noorden, Greig, Smith) et ceux qui obtiennent une véritable valvule, soit en invaginant sur elle-même toute l'épaisseur de la paroi gastrique (Kader, Fontan, Helferich) ou la muqueuse seule (Pénières, Forgue).

4° Phase œsophagoscopique.

Dans les sténoses de l'œsophage, la gastrostomie ne paraît qu'un moyen d'alimenter le malade et semble ne pas avoir de retentissement sur la lésion initiale. L'œsophagoscopie rendue commode grâce à ses nouvelles méthodes va-t-elle reléguer la gastro au deuxième plan, en permettant toutes les interventions par voie haute sous le contrôle de la vue?

Les avis sont partagés.

Il est bien évident que l'œsophagoscopie, en nous renseignant sur la nature, le siège, et l'étendue des lésions a permis d'éviter un certain nombre de gastros. Mais doit-on partager l'avis de Guisez qui prétend qu'avec un œsophagoscope on peut venir à bout de tous les rétrécissements? Il semble que ce spécialiste en admettant la gastrostomie qu'à titre exceptionnel, est trop exclusif; il dit la gastro dangereuse et au moins inutile. Nous allons voir plus loin que cette intervention ne présente plus de danger à l'heure actuelle, et nos maîtres lyonnais ont dans maintes discussions reconnu l'intervention de la plus grande utilité.

Guisez vient de faire paraître dans la *Presse Médicale* un article où il préconise la dilatation de l'œsophage au moyen de tubes de caoutchouc intraduits dans les rétrécissements par traction et qui revenus à

leur longueur primitive dilatent la portion rétrécie. D'ailleurs cette dilatation de l'œsophage était exposée dans la thèse de Bert (1).

Voici les conclusions très nettes formulées par MM. Bérard et Sargnon le 16 novembre 1911, lors, d'une discussion à la Société de Chirurgie de Lyon :

« 1° Dans le traitement des sténoses cicatricielles de l'œsophage si la dilatation directe avec ou sans contrôle de l'œsophagoscopie ne semble pas facile et rapidement progressive, il faut recourir à la gastrostomie pour alimenter au plus tôt le malade. La gastrostomie s'impose d'emblée quand il ya encore des signes d'œsophagite grave en évolution avec douleurs, fièvre, mucosités sanglantes ou purulentes, de façon à remettre l'œsophage au repos absolu.

2° Dans tous les cas où la dilatation directe aurait échoué avant la gastrostomie, il n'est pas rare que la diminution ou la suppression des spasmes après cette opération permette de reprendre avec succès la dilatation haute. En tous cas on dispose alors de deux voies endoscopiques pour l'introduction des bougies dilatrices, soit par en haut, soit par en bas. La combinaison de ces deux voies peut rendre de très grands services pour l'emploi de la dilatation avec le fil sans fin.

3° Au cours de toutes ces manœuvres l'œsophagoscopie et la gastroscopie sont appelées à fournir des renseignements précieux. Mais même avec la meilleure technique et entre les mains les plus habiles elles échouent parfois.

(1) Bert (Amédée). Du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, étude des divers procédés. (Th. Lyon, 1896).

Dans la même séance, M. Vallas estime que la gastrostomie est presque le premier temps obligatoire dans le traitement des rétrécissements de l'œsophage, même lorsqu'on a recours aux instruments perfectionnés pour le passage de l'obstacle.

MM. Vignard et Sargnon estiment qu'il est préférable de prévenir les sténoses cicatricielles de l'œsophage dans les cas graves (liquide acide, ingestion abondante de liquide), par une gastrostomie précoce suivie bientôt du fil sans fin et de dilatation caoutchoutée progressive, mais cette opération préventive de la sténose n'a pas été mise en pratique.

La gastro a fait en outre à Lyon l'objet de communications de MM. Nové-Josserand, Gayet, Villard, Albertin qui admettent malgré l'œsophagoscopie la combinaison de deux méthodes.

En somme, la majorité des auteurs sont aujourd'hui d'accord pour faire la gastro dans les rétrécissements œsophagiens infranchissables par les méthodes œsophagoscopiques.

5^e Phase — Emploi de l'anesthésie locale.

Nous avons dit que Guisez considère la gastrostomie comme dangereuse; cette opinion était justifiée lorsqu'on intervenait sous anesthésie générale, mais l'emploi de l'anesthésie locale a profondément changé le pronostic de la gastro. Si l'on obtenait de si mauvais résultats post-opératoires, c'est qu'on avait à faire à des cachectiques le plus souvent avancés, chez lesquels l'intoxication anesthésique s'ajoutait au schock opératoire et qu'ils mouraient souvent de broncho-pneumonie. Actuellement, on emploie l'anesthésie locale chez

l'adulte, les complications ne sont plus à craindre, la mortalité post-opératoire a été réduite dans d'énormes proportions.

Chez l'enfant, l'anesthésie locale est inutile, habituellement l'anesthésie générale ne donne pas d'accidents, même dans les cas graves. Cela provient sans doute de ce qu'on ne trouve chez l'enfant que des sténoses de nature bénigne, d'autre part il est plus résistant que l'adulte, surtout que les sujets cachectiques auxquels la gastro s'adresse le plus souvent.

Sargnon ne connaît que deux cas de mort chez des nouveaux-nés : l'un porteur d'oblitérations congénitales avec communication broncho-œsophagienne, l'autre de sténoses multiples œsophagiennes, gastriques et intestinales (1).

(1) Thèse de Burel, Lyon 1912.

MANUEL OPÉRATOIRE

On est obligé de choisir entre un grand nombre de procédés celui qui donnera les meilleurs résultats. D'abord que peut-on demander à une gastrostomie? d'être rapide, de déterminer peu de schock opératoire et de donner une fistule continente et rapidement utilisable. Nous verrons plus loin comment on peut diminuer le schock par une anesthésie appropriée, occupons-nous de la fistulisation elle-même.

Ne pouvant dans cette thèse étudier toutes les méthodes proposées, (Braquehayé dans sa monographie (1900) en a recueilli 25) nous allons procéder par élimination, puis nous décrirons plus longuement la méthode choisie.

Rejetons de suite les procédés anciens (celui de Verneuil par exemple) qui ne pouvaient être continents.

Nous devons choisir entre les procédés en un temps

ou ceux à deux temps. Avec Barozzi nous accepterons les procédés en un temps qui évitent une deuxième intervention plus ou moins facilement acceptée par le malade, et qui mettent à l'abri de fausses routes lors de l'incision du deuxième temps. On a dit que les procédés en deux temps mettaient mieux à l'abri de l'infection péritonéale grâce à des adhérences pariétogastriques, mais à ce point de vue les procédés en un temps utilisés actuellement sont aussi sûrs.

Adopterons-nous les sphinctérisations ou les valvulations de notre fistule? L'expérience a montré que jamais les procédés sphinctériens n'ont donné de continence aussi parfaite que les valvulaires. Les procédés à longs trajets fistuleux s'ils donnent la continence s'obturent trop facilement et parfois on manque d'étoffe pour les réaliser.

Les meilleurs procédés sont à valvule, ce sont les plus rapides et parmi eux celui de Fontan est en tous points recommandable. Braquehay pour nous montrer sa grande continence cite le cas d'un malade «chez qui le treizième jour, survint des efforts violents de vomissements pendant une tentative de cathétérisme par voie buccale. Bien que la sonde à demeure ait été maintenue jusqu'à la veille, il ne s'écoula pas une goutte de liquide par la fistule. Cependant le malade venait d'être gavé par sa bouche artificielle (un litre de lait, deux œufs et trente grammes de peptone) ».

La méthode de Fontan est employée par les chirurgiens lyonnais avec les meilleurs résultats, et comme c'est elle qui a été utilisée par le professeur Bérard dans les interventions que nous avons recueillies, nous

allons rappeler en quelques lignes ses temps principaux.

1° L'incision de la paroi est celle de Fengér qui est parallèle au rebord costal gauche. Remarquons que nous ne pouvons donner de situation fixe à cette ligne qui se déplacera suivant le volume du foie, ou l'angle xyphoïdien, mais dans les cas moyens où le foie est normal et l'angle voisin de 60 ou 70°, le milieu de l'incision correspond à la 7^e côte. Cette incision oblique ne doit pas intéresser le muscle grand droit, dont les fibres doivent être dissociés longitudinalement afin d'augmenter la continence de la fistule.

2° La recherche de l'estomac est souvent difficile : chez ces malades qui meurent de faim, il est petit, ratatiné contre le rachis, on le reconnaîtra à sa paroi épaisse et charnue, à sa surface blanc rosé sans fibres longitudinales, à la disposition spéciale de ses vaisseaux.

Remarquons en passant que la gastro précoce est de beaucoup la plus avantageuse : le sujet s'alimentant d'une façon suffisante l'estomac n'est pas encore rétracté vers le rachis : D'ailleurs Farabœuf nous donne la marche à suivre pour le découvrir. « L'index gauche rampant au contact de la face inférieure du lobe hépatique plonge jusqu'à la colonne vertébrale, où il peut sentir à travers le mince épiploon gastro hépatique, l'aorte. S'il se porte un peu à gauche, en restant toujours dans la profondeur et très haut vers le diaphragme, il rencontre une cravate plus ou moins épaisse, la petite courbure de l'estomac en dehors de laquelle avec une

longue pince inoffensive on peut saisir la face antérieure de l'organe et l'ouvrir au dehors ».

M. Bérard conseille dans les cas où l'estomac est difficile à reconnaître le procédé suivant : On saisit à l'aide de pinces de Tuffier le grand épiploon et on déplace progressivement ces pinces par des prises successives en remontant et on arrive à saisir la paroi de l'estomac que l'on attire en bas jusqu'à ce qu'on découvre la région à inciser.

L'estomac reconnu il faut l'attirer au dehors, surtout *sans manœuvres de force* qui pourraient ouvrir des abcès voisins du rétrécissement (Cas de Karewski de Berlin), ulcérer l'aorte adhérente à un cancer de l'œsophage (Cas de Térillon), ou encore amorcer la rupture de l'estomac cancéreux (cas de Bérard, voir l'observation n° 32). On se sert d'une longue pince à dents de souris et on attire une assez grande partie de la paroi gastrique pour avoir trop d'étoffe. On maintient cette « hernie » gastrique ainsi produite au moyen d'une pince fixée à son sommet.

3° La base de ce cône gastrique est fixée aux lèvres de la plaie par une suture au crin de Florence, en couronne de la séreuse viscérale et pariétale (8 à 10 points rapprochés d'un centimètre environ).

4° On ouvre le sommet du cône d'un coup de bistouri ou de ciseaux en reconnaissant la muqueuse que l'on incise.

5° On introduit à frottement dans l'estomac et à une profondeur de 10 centimètres une sonde rouge de Nélaton n° 24 que l'on fixe à l'estomac à l'aide d'un fil de soie.

On refoule en dedans le cône d'estomac attiré : on a un cul de sac en doigt de gant centré par la pince. Il est facile de former de chaque côté de la pince, suivant le grand diamètre de la plaie, un pli creux au niveau duquel la séreuse viscérale s'adosse à elle-même. On les fixe avec une suture séro-séreuse au catgut. La pince retirée laisse entre les deux portions suturées un canal semblable à la mitre d'un évêque. La valvule est ainsi constituée.

6° Suture des téguments autour de la sonde en ne laissant paraître aucune partie cruentée.

De même que M. Bérard, M. Villard a, dans la séance de la Société des Hôpitaux du 16 novembre 1911, insisté sur les précautions à prendre pour avoir une fistule continente.

1° Choisir sur l'estomac, pour y établir l'orifice de la gastrostomie un point situé le plus près possible de la petite courbure et le plus haut possible près du cardia.

2° Fixer l'estomac en un point latéral élevé de la paroi abdominale très près du rebord gauche des fausses côtes, afin que l'organe soit comme suspendu à la partie profonde de cette paroi.

3° Fixer l'estomac par des points séro-séreux et ne pratiquer qu'une petite ouverture pour le passage de la sonde.

« Grâce à ces simples précautions la continence de la fistule est absolue et lorsqu'on le voudra la cicatrisation sera obtenue en deux ou trois jours par le simple retrait de la sonde laissée à demeure. »

M. Vallas qui partage les idées de M. Villard, non

seulement obtient des fistules continentes, mais fait remarquer leur tendance à s'oblitérer spontanément : il faut les maintenir dilatées avec la sonde.

Chez l'enfant la gastro est toujours continente. Vignard et Sargnon ont rapporté l'observation d'une fillette de cinq ans dont la fistule était continente malgré une paroi très mince.

L'alimentation du malade par la sonde est facile : on peut même la commencer dès que la sonde a pu pénétrer dans la cavité gastrique, chez les débilités, mais en général le premier repas est pris le lendemain de l'intervention. On laissera une sonde à demeure pendant quatre jours au moins pour calibrer le trajet. Le malade apprendra vite à se sonder lui-même et à s'alimenter à l'aide d'un entonnoir en verre ou d'une seringue. Pour remédier à l'absence d'excitation gastrique on pourra comme l'a préconisé Gayet recommander au malade de mastiquer ses aliments avant de les introduire dans l'estomac, dans certains cas de dénutrition.

Nous verrons tout à l'heure que l'emploi de l'anesthésie locale a très fortement réduit le nombre des accidents opératoires, cependant la gastro peut encore à l'heure actuelle offrir certains dangers. Telles sont certaines hémorragies soit de la muqueuse gastrique, soit enmappe de la paroi, même peu intenses elles peuvent tuer un malade affaibli (cas de Schede).

Il est inutile d'insister sur certaines erreurs opératoires possibles : incision du colon transverse, de l'intestin grêle, injection d'aliments dans l'arrière cavité des épiploons, enfin une anse grêle peut être pincée

dans les sutures de la paroi et la mort par péritonite en être la conséquence. Certains accidents sont plus difficiles à expliquer : l'hémiplégie survenant au troisième jour dans le cas de Barozzi, et 52 heures après l'intervention dans celui de Terillon.

La péritonite qui emportait les malades avant les succès de Verneuil, peut être évitée grâce à l'asepsie et aux soins apportés à la confection des sutures qui ne doivent jamais perforer la muqueuse.

Les accidents pulmonaires sont fréquents (pneumonie, broncho-pneumonie, congestion pulmonaire, bronchite généralisée) et leur date d'apparition est très variable. Un malade de Poncet mourut de pneumonie après deux mois et demi. Roux de Brignolles a pu assigner à ces accidents une origine réflexe. Notons la possibilité d'accidents plus tardifs. L'incontinence, rare à l'heure actuelle chez l'adulte, ne se verra qu'exceptionnellement chez l'enfant. Le rétrécissement est plus fréquent et peut être prévenu en laissant pendant quelques jours une sonde à demeure pour calibrer la fistule. Enfin signalons des fausses routes possibles (voir obs. n° 29) par manque d'habileté de l'opérateur.

Mais tous ces accidents post-opératoires qui assombrissaient le pronostic de la gastrostomie, sont aujourd'hui l'exception et cela grâce à l'emploi de l'anesthésie locale chez l'adulte.

Chez l'enfant, en effet, elle est inutile et offre plutôt des inconvénients, on n'a très rarement observé d'accidents imputables à l'anesthésie générale chez les jeunes sujets. Chez eux nous réserverons l'anesthésie locale aux adolescents sages, parfois aux enfants opé-

rés in extrémis, et encore ? Des nombreuses gastro pratiquées sous anesthésie générale par Vignard, Nové-Josserand, Gayet, Laroyenne, pas une n'a offert d'accidents, sauf dans deux cas où la mort n'a pu être imputée à l'anesthésie. Dans le premier (Vignard) il s'agissait d'une oblitération complète de l'œsophage qui s'ouvrait dans une troisième bronche, et dans le second (Laroyenne) on avait à faire à des sténoses multiples, la bile refluit par la fistule gastrique (1).

Chez l'adulte, au contraire, cette question de l'anesthésie est capitale, et bien prouvée par ce fait qu'il a suffi d'abandonner l'anesthésie générale pour faire de la gastrostomie une intervention à pronostic bénin. Lorsqu'on employait le chloroforme ou l'éther, la mortalité était considérable : on intervenait chez des cachectiques avancés en ajoutant l'intoxication anesthésique à un état déjà précaire. D'ailleurs, on ne faisait jamais de gastros précoces : les manœuvres de dilatation semblaient moins dangereuses qu'une intervention sanglante sous chloroforme, on attendait, et c'est in extrémis qu'on tentait cette gastro sous anesthésie générale.. Le malade mourait de choc ou de complications pulmonaires.

L'emploi de l'anesthésie locale a complètement changé le pronostic de la gastrostomie, la mortalité devient très faible.

Nous avons recueilli les observations de 38 gastrotomies pratiquées par Bérard, il y en a 12 sous anesthésie générale et 26 sous anesthésie locale. D'autre

(1) Thèse de Burel, Lyon 1912.

part le professeur Bérard possède une douzaine d'observations de gastros sous anesthésie locale, pratiquées en clientèle. Comme les suites ont été très bonnes, nous ne les publierons pas, mais nous baserons notre statistique sous anesthésie locale sur l'ensemble des gastros soit 38 observations,

Sur les 12 premières interventions, 6 ont des suites fatales, la mort étant causée par des accidents pulmonaires dans deux cas et par épuisement dans les 4 autres. C'est donc une mortalité de 50 %.

D'autre part nous relevons 8 décès sur les 38 gastros sous anesthésie locale, mais 5 ont des causes tout à fait indépendantes de l'opération.

Obs. n° 17. — Erysipèle au 24^e jour après l'intervention.

Obs. n° 21. — Ouverture d'un anévrisme de l'aorte dans l'œsophage au 3^e jour.

Obs. n° 14. — Morte au 15^e jour à la suite d'une dilatation anale sous anesthésie générale pour hémorroïdes et constipation rebelle, le malade faisant de l'occlusion intestinale. Cette dilatation a été faite 8 jours après la gastro.

Obs. n° 24. — Péritonite par fausse route au 45^e jour par manque d'habileté de la femme du malade qui sondait sa fistule.

Obs. n° 35. — Parotidite infectieuse au 64^e jour.

Obs. n° 16. — Mort par dyspnée brusque en accès au 4^e jour.

Obs. n° 22. — Mort de pneumonie trois mois après l'intervention.

En somme la mortalité amenée par l'intervention a été très faible : 1 cas sur 38.

Obs. n° 36. — Perforation de l'estomac à la suite de tractions sur une paroi cancéreuse (au 2^e jour).

Les deux autres décès ont été causés par des accidents pulmonaires :

Quant à celles survenues les jours suivant l'intervention, nous relevons 1 cas de mort par accidents pulmonaires.

La proportion de décès pouvant être rapportés à la gastrostomie sera donc de $2/38^e$, soit 5,2 %.

Si nous comparons ces résultats aux statistiques plus anciennes, datant de l'anesthésie générale, nous sommes frappés des progrès réalisés.

Sans remonter à l'époque des tâtonnements où la plupart des opérés mouraient, rappelons brièvement quelques chiffres :

Le Fort (1883) opère 105 gastro, 78 malades n'ont pas vécu un mois, d'où 75 % de décès.

Zésas (1885), 113 décès sur 162 gastro, mortalité 69 %.

Knie (1886), 169 observations, 66 % de décès.

Heydenreich (1887) 33 observations, 57 % de décès avant le 1^{er} mois.

Ch. Guérin (1896) 121 gastros, 43 décès soit 35 %.

Après avoir constaté les brillants résultats obtenus grâce à l'emploi de l'anesthésie locale, disons quelques mots sur son manuel opératoire.

Pauchet recommande l'anesthésie régionale à la novocaïne à six « Boutons », l'un sur le rebord costal, les autres plus bas en losange, on infiltre la novocaïne par chaque « bouton » en éventail dans toute la tranche formant la paroi abdominale. « Piquez donc une lon-

gue aiguille par chacun de ces points, d'abord perpendiculairement, puis obliquement tout en injectant à travers la peau le tissu sous-cutané, les muscles droits, le tissu sous-péritonéal, enfin à plat, sous la peau d'un point à l'autre de façon à entourer d'une tranche infiltrée la future incision. » (1)

On pourrait employer la rachi-novococaïnisation qui ne présenterait pas les dangers de l'anesthésie générale, mais possédant l'anesthésie locale qui est beaucoup plus simple, cette méthode n'est pas employée.

Le procédé habituel est celui de l'infiltration (Reclus, Schleich) qui anesthésie tous les tissus par injection lente : on injecte en faisant progresser l'aiguille, anesthésiant ainsi successivement le derme et les tissus profonds (2). M. le Professeur Bérard suivant la méthode de Reclus, fait une infiltration anesthésique sur la ligne d'incision : il injecte les plans superficiels, puis les plans profonds. Lors de l'injection des plans profonds on évitera autant que possible de léser le péritoine qui se trouve à une distance variable de la peau, n'en enfonçant pas trop profondément l'aiguille.

Le mélange anesthésique employé avec succès consiste en une solution très diluée de novocaïne à 1 % additionnée d'un peu d'adréaline (1 goutte de la solution au 1000^e) qui d'après Elsberg rendrait l'anesthésie plus durable et l'hémorragie capillaire plus faible.

Le professeur Bérard emploie de 10 à 20 cmc. du mélange cité et fait son infiltration anesthésique 20 minutes avant l'intervention. Cette intervention a été

(1) Pauchet et Saudat, l'anesthésie régionale.

(2) Reclus. La cocaïne en chirurgie.

précédée d'une injection de morphine une heure avant.

Les résultats sont très bons.

Chez les malades calmes, tout va pour le mieux, même le temps péritonéal : ils sentent les tractions sur le péritoine, mais les supportent facilement, car ils sont plongés dans la demi-torpeur morphinique.

Chez les nerveux, le temps péritonéal est souvent très douloureux, dans ces cas seulement, on donnera un peu d'anesthésique général, mais prudemment « à la reine » pour éviter le shock. De là la recommandation de n'intervenir qu'à jeun afin de pouvoir endormir le patient en cas de nécessité.

Les avantages de cette méthode sont considérables, d'abord pas d'accidents opératoires (syncopes), suppression de l'aide chargé d'administrer l'anesthésique. Les malades peuvent s'alimenter le même jour, résultat heureux qui permet de relever l'état général très mauvais de ces gens qui meurent de faim.

Enfin, inocuité presque absolue, on ne voit pas de mort par accidents immédiats : shock opératoire ou par broncho-pneumonie.

Un seul inconvénient, qui peut-être facilement aplani, la douleur du temps péritonéal chez les nerveux.

La novocaïne par elle-même ne produit pour ainsi dire jamais d'accidents mortels.

On peut injecter des doses considérables (jusqu'à 60 et 80 cmc. d'après Pauchet (1) : Bérard et Sargnon en injectent couramment 30 ou 40 cmc. sans accidents.

S'il se produisait des manifestations à tendances syncopales, de l'agitation, on les combattrait facilement

(1) Pauchet et Saudat. L'anesthésie régionale.

par des flagellations, des frictions, et au besoin par la respiration artificielle.

INDICATIONS

Les indications de la gastrostomie sont très nombreuses et d'ordres différents. Nous allons les envisager en les classant en deux grands groupes, indications d'urgence et indications comme opération préliminaire.

Indications d'urgence.

Les indications d'urgence de la gastrostomie ont pour but d'alimenter des malades à œsophage imperméable aux aliments pour une raison quelconque. Nous allons étudier les indications de la gastro spéciales à l'enfant et à l'adulte.

1° *Indications de la gastrostomie chez l'enfant.*

Chez l'enfant, les rétrécissements de l'œsophage ne sont presque jamais de nature néoplasique maligne. Chez eux nous trouvons :

a) Des *sténoses congénitales* par oblitérations, val-

vules. Remarquons que parfois dans ces cas l'œsophage s'ouvre dans une bronche supplémentaire (1).

b) Des rétrécissements acquis. En général, il s'agit de rétrécissements cicatriciels, dus à l'ingestion de corrosifs (surtout des acides d'après Garel), on peut avoir ulcérations cicatricielles après les maladies infectieuses.

c) Des sténoses dues à un spasme chronique de l'œsophage, très rare chez l'enfant.

d) Des sténoses dues à une hyperplasie cardio-diaphragmatique concomitante ou non avec une hyperplasie pylorique. Rappelons que les néoplasmes malins de l'œsophage ne se voient habituellement pas chez l'enfant.

2° Indications de la gastrostomie chez l'adulte.

Chez l'adulte on peut diviser les sténoses en quatre grands groupes : traumatiques, inflammatoires, nerveuses, néoplasiques (ces dernières sont de beaucoup les plus fréquentes : 580 fois sur 830 sténoses (2) d'après Guisez).

a) Sténoses traumatiques. Elles sont dues le plus souvent à des corps étrangers variés (3 cas de Guisez), on peut en rapprocher les sténoses après certaines interventions portant sur l'œsophage, notamment cervical.

La gastrostomie dans les corps étrangers de la région inférieure de l'œsophage a fait l'objet des recherches de nombreux chirurgiens, de Gangolphe notamment. Elle permet l'alimentation du malade et la recherche

(1) Cas de Sargnon et Vignard. (Thèse de Burel, Lyon 1912).

(2) Guisez. Traité des maladies de l'œsophage.

du corps étranger par la voie rétrograde (Asch, Münchner Medical Woch. n° 44, 1908).

Nous rappellerons le cas de Siraud, Garel et Sargnon présenté à la Société des Sciences médicales en 1909. Il s'agissait d'un dentier en ébonite de 4 dents sans crochets enclavé dans la région diaphragmatique. Les tentatives d'extraction par voie rétrograde sous endoscopie, et aussi par la voie haute, n'ont pas réussi : le corps étranger était emprisonnée entre deux spasmes, l'un supérieur, l'autre inférieur. Au bout de 15 jours le spasme inférieur a cédé et le dentier a été retrouvé dans les selles.

b) Sténoses inflammatoires. Nous les grouperons d'après leur origine, chaque variété de sténose ayant ses caractères propres.

1) *Sténoses par brûlures* soit par liquides trop chauds, soit surtout par acides. Les sténoses produites par les acides sont bien plus difficiles à dilater d'après Garel (Société des Sciences médicales, 29 mai 1912), Sargnon, Nové-Josserand et Vignard ont proposé dans les cas graves une gastro précoce suivie de la mise en place d'un fil sans fin et de la dilatation caoutchoutée progressive, mais cette idée n'a pas été mise en pratique.

2) *Sténoses par ulcérations au cours des maladies infectieuses*, soit aiguës, soit chroniques, tuberculose, syphilis, actinomycoïse, etc.

3) *Sténoses par ulcères peptiques de la région du cardia* : Roque et Sargnon en ont vu un cas par œsophagoscopie rétrograde (voir notre obs. n° 20). Guisez a observé deux cas à la phase d'ulcération et quatre à la phase de cicatrisation.

4) *Spasmes aigus devenant chroniques*, s'enflammant secondairement et amenant la formation de grosses poches œsophagiennes.

c) *Sténoses d'origine nerveuse* à types paralytique, douloureux ou spasmodique. La forme paralytique a été décrite notamment par Gottstein et par Guisez qui a étudié 2 cas, un dû à une diphtérie, l'autre chez un hystérique. Chez les nerveux il peut survenir des douleurs intenses, sans causes anatomiques appréciables, mais qui ont été imputées à des fissures possibles, ou à des ulcérations méconnues.

La gastrostomie peut être pratiquée pour faire cesser un spasme rebelle sus-jacent à un néoplasme de l'estomac. Sargnon dans sa communication sur l'endoscopie directe au Congrès de Laryngologie de Paris en 1908 a insisté sur les spasmes rebelles de la partie supérieure de l'œsophage répondant à un néoplasme latent du cardia, et sur ceux de la région médio-thoracique sus-jacents à un cancer latent de la région pylorique. Ces spasmes de l'œsophage dans le cancer de l'estomac ont fait l'objet de la thèse de Schrameck (1).

d) *Sténoses d'origine néoplasique*. — La tumeur peut être intrinsèque, amenant une sténose par rétrécissement ou extrinsèque, comprimant l'œsophage.

Les tumeurs intrinsèques peuvent être bénignes. Dans notre observation n° 16, M. Bérard a gastrostomisé un homme de 43 ans, porteur d'un polype de l'œsophage sus-jacent à un néoplasme reconnu considérable à l'autopsie : un intervalle de tissu sain de 10 cm.

(1) Schrameck : Du Spasme de l'œsophage dans le cancer de l'estomac, Lyon 1895.

les séparait. Gayet a d'autre part rapporté une observation de polype fibreux de la région cardio-diaphragmatique (1). Dans les cancers malins, nous pouvons avoir la forme polypoïdale bourgeonnante, soit la forme squirrheuse plus vite sténosante, mais plus rare. Malheureusement les néoplasmes malins, sont de beaucoup les plus fréquents.

Les tumeurs extrinsèques sont celles de tous les organes en rapport plus ou moins immédiat avec l'œsophage : corps thyroïde, thymus, larynx, médiastin, ganglions.

Comme autres causes de compression nous rapprocherons des tumeurs extrinsèques, les anévrismes de l'aorte, qui prennent parfois la forme dysphagique, et les diverticules de l'œsophage.

Il est bien entendu que, à part les néoplasmes malins de l'œsophage lui-même en agissant par compression, la gastro dans toutes les indications que nous venons de rapporter ne devra être utilisée qu'en cas d'échec des méthodes habituelles, notamment des méthodes endoscopiques ou autres, qui ont diminué d'une façon notable le nombre des gastros, sans cependant la supprimer comment certains le disent.

Ajoutons que chez certains malades extrêmement cachectiques, avant même tout autre essai thérapeutique, la gastro s'impose d'emblée.

(1) Soc. de Méd. de Lyon, 8 mars 1909. La partie inférieure de l'œsophage présentait « 3 ou 4 masses ovoïdes, molles au toucher, d'aspect transparent, rappelant un peu le grain de raisin. Ces formations sont dans la muqueuse et glissent avec elle sur la musculuse ». L'estomac, le grand épiploon et le foie étaient envahis par un néoplasme, et les poumons étaient tuberculeux.

II. — Indications comme opération préliminaire.

La gastro pratiquée au début dans la seule intention d'alimenter les malades dont l'œsophage n'était plus perméable aux aliments, a pris un essor considérable le jour où les méthodes endoscopiques ont été perfectionnées. Dans un grand nombre de cas en effet, la gastro n'est qu'une intervention préliminaire destinée à faire cesser un spasme gênant, permettre les méthodes œsophagoscopiques hautes, ou à créer une voie nouvelle pour aborder soit l'estomac, soit la partie basse de l'œsophage.

1° Chez des malades très affaiblis, la gastrostomie, permet l'alimentation et contribue à relever l'état général, soit avant une intervention que les malades n'auraient pu rapporter auparavant, soit avant de pratiquer un traitement médical agissant sur la lésion ; les rétrécissements graves cicatriciels spécifiques en sont un exemple, mais ils sont très rares.

2° La gastrostomie en faisant cesser les spasmes de l'œsophage permet la dilatation haute, et la fistule gastrique pourra être utilisée pour des dilatations rétrogrades. On pourra même comme le préconise Sargnon dilater par les deux voies combinées.

Nous allons rappeler en quelques lignes les étapes de la dilatation caoutchoutée dont les manœuvres utilisent à la fois la voie haute et la voie gastrique, ce sera démontrer nettement l'utilité de la fistule gastrique, pour les sténoses cicatricielles infranchissables.

Supposons un rétrécissement cicatriciel qui ne se laisse pas traverser par les manœuvres ordinaires : il

s'agit de le dilater pour lui redonner sa perméabilité première. On place d'abord le fil sans fin.

Cette mise en place se fait de diverses manières :

On peut fixer à l'extrémité du fil une perle ou une petite balle de plomb que le malade avale avec le fil ; il faut ensuite rechercher la balle dans la cavité gastrique et attirer le fil en dehors par la fistule. Pour cela Sargnon se sert de la gastroscopie inférieure.

On peut également nouer le fil à l'extrémité d'une fine bougie en caoutchouc introduite par la voie haute à travers le rétrécissement. Sargnon recommande de se servir d'une bougie de caoutchouc noir, celles en caoutchouc rouge sont en effet difficiles à distinguer par la gastroscopie.

Le fil et la sonde seront recherchés dans l'estomac par endoscopie ou même avec le doigt après dilatation de la fistule à l'aide de bougies d'Hégar.

Ce fil sans fin en place, on commence la dilatation caoutchoutée progressive. On introduit dans l'œsophage un drain de caoutchouc, de diamètre choisi d'après l'intensité du rétrécissement supérieur. Ce caoutchouc allongé par la traction sur le fil, revient à ses dimensions premières, en augmentant de diamètre et en dilatant le rétrécissement. Il est prudent de fixer au drain un deuxième fil, véritable fil de secours qui permettrait de le retirer au cas où le premier viendrait à casser. Cette méthode est le plus souvent suivie d'un succès durable. Elle est employée par Ehrlich, Reizenstein, Hoffmann, Sencert, Albertin, Vallas, Sargnon, Nové-Josserand et Vignard.

Bérard et Sargnon, l'ont appliquée avec succès dans

le cas qui est rapporté dans notre observation n° 11.

Les inconvénients de cette méthode, rarement observés d'ailleurs, sont des ulcères résultant du séjour trop prononcé de la sonde dans l'œsophage. Billroth a vu une périchondrite cricoïdienne causée par la pression du fil, Sargnon a dû trachéotomiser un malade atteint de chondrite du larynx par le maintien trop prolongé du caoutchouc dilateur dans le pharynx inférieur.

3° Nous nous bornerons à signaler la gastroscopie inférieure qui demande une grande habitude et permet d'introduire des sondes par voie gastrique dans l'œsophage, de pratiquer l'œsophagoscopie rétrograde, méthode très utilisée par Sargnon.

4° La voie rétrograde pourra être utilisée pour les applications de radium dans les cas de néoplasmes de l'œsophage bas situés (Delbet).

5° La gastrostomie peut être le premier temps d'une œsophagostomie, mais seulement dans les cas très exceptionnels de sténoses cicatricielles infranchissables par les procédés habituels et notamment la gastro et le fil sans fin (Sargnon).

6° On a discuté sur la valeur de la gastrostomie dans les pharyngo-laryngectomies complexes, les opérations portant sur le pharynx inférieur et la bouche de l'œsophage.

Voici l'opinion de Bérard et Sargnon à ce sujet : la gastrostomie faite sous anesthésie locale et même combinée avec un peu d'anesthésie générale, à la reine, est inoffensive et n'a donné aucune mortalité opératoire(1).

(1) Bulletin d'oto-rhino-laryngologie et de broncho-œsophagoscopie de mars 1914.

La gastro préventive a été employée par de Quervain, Helferich, Kocher et Von Hacker, tandis que Gluck déclare cette intervention inutile. Bérard et Sargnon qui ne l'emploient pas habituellement, l'ont pratiquée récemment comme opération préliminaire d'une œsophagectomie cervicale pour néoplasme au début.

Dans les cas de néoplasmes pharyngo-laryngés inopérables, la gastrostomie palliative sous novocaïne conserve tous ses droits comme d'ailleurs la trachéotomie. En pareils cas, on est souvent obligé de pratiquer chez ces malheureux, d'urgence et en deux temps cette double intervention toujours sous-novocaïne. La survie ainsi obtenue est parfois de six mois et souvent supérieure comme durée à celle de l'intervention radicale dans les cas graves. (1)

(1) Sargnon : Indications et manuel opératoire de la laryngectomie en dehors des tumeurs malignes. — Rap. à Soc. franc. d'oto-rhino-laryngologie, congrès du 11 mai 1914).

OBSERVATIONS DE GASTROSTOMIE

SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

OBSERVATION n° 1

G..., entré le 10 juin 1908, *Néoplasme du cardia*.

Vient de la Salle Saint-Bruno (Service de Médecine) où il est depuis le 6 janvier.

Régurgitation absolue, cachexie.

Gastrostomie (méthode Fontan). Taches de bougie sur le foie.

Dès le début, syncope cardiaque. Respiration artificielle. M. Bérard fait du massage du cœur. Le malade revient à lui, le pouls débute à 30, s'accélère à 120. Injection de sérum.

Le lendemain : bronchite ; intermittence du pouls.

19 juin. — Le malade délire. Il semble s'émacier. La température qui avait fait une ascension à 40°, descend à 38°.

Le lendemain de l'opération, on a donné de la digitaline pour combattre les intermittences du pouls.

21 juin. — Le malade meurt d'épuisement.

22 juin. — Autopsie. Quoique la bouche fut près du pylore et de la petite courbure, le malade n'a jamais eu de régurgitations par le Fontan.

OBSERVATION n° 2

Anne J..., 55 ans, entrée le 20 juillet 1908. *Néoplasme de la partie inférieure de l'œsophage et du cardia.*

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Mariée. Un enfant vivant. Deux sont morts jeunes. Pas de fausse couche.

Il y a deux ans, la malade éprouva une douleur dans le dos, avec irradiation au creux épigastrique. Douleur constrictive en étai.

Il y a huit mois, la malade n'a plus pu déglutir les solides parce qu'elle éprouvait trop de douleur au niveau de l'appendice xyphoïde. Il n'y a guère que quinze jours que des phénomènes identiques ont lieu pour les liquides. Elle n'a jamais vomi.

Pas d'hématémèses, ni de melœnas. Elle n'a pas perdu l'appétit. En huit mois, la malade a maigri de 32 kilogs.

La malade a souvent des régurgitations acides et le hoquet.

Pas de ganglions, aucun signe d'auscultation ni aux poumons ni au cœur. Pas de signe d'anévrisme. Pas d'albumine ni de sucre.

31 juillet 1908. — *Gastrostomie* par le procédé de Fontan.

15 août. — La malade va bien du côté de sa bouche stomacale.

26 août. — Sortie du service.

OBSERVATION n° 3

L..., 47 ans, entré le 20 septembre 1908. *Néoplasme de la petite courbure.*

Il y a deux ans, le malade commença par digérer moins facilement et ressentit des lourdeurs après les repas. Il y a un an, il souffrit davantage ; à ce moment, il avait des renvois aqueux quatre heures après les repas, avec une sensation de gêne stomacale. Quelquefois, le même accident lui arrivait le matin.

Il y a quatre mois, un médecin consulté l'interrogea sur ses habitudes soupçonnées éthyliques, et le malade ayant avoué 2 litres 1/2 de vin par jour et l'apéritif avant le repas, il lui restreignit sa ration liquide et lui supprima l'alcool, mais son état ne s'améliorant pas, il le revit, il y a trois semaines et l'envoya à M. Patel.

Jamais de vomissements. Pas de constipation habituelle. Pas de perte de l'appétit.

A l'examen : malade non amaigri, sans teinte spéciale.

L'estomac ne clapote pas, mais il n'a rien pris depuis hier soir. D'ailleurs, l'estomac ne semble pas dilaté et ne descend pas au-dessous de l'ombilic.

Pas d'onde péristaltique.

Par contre, on sent une résistance particulière du côté gauche, avec sensation d'une masse indistincte qui se dérobe sous les doigts et qu'on ne peut exactement localiser ni définir.

23 septembre. — Intervention : on trouve un néoplasme de la petite courbure, caché derrière le foie qui apparaît très gros. Adhérences en arrière et partout ; aussi on renonce à une intervention complète rendue impossible, et on fait une gastro à la suture.

12 octobre. — Sortie du service après cicatrisation parfaite.

3 décembre. — A l'épigastre, noyau adhérent à la peau et qui doit être une métastase. Abdomen modérément distendu et tympanisme dans tous les points déclives.

Peu de vomissements, mais il se plaint d'avoir perdu tout appétit et de n'avoir plus de force ; on le dirige sur un service de médecine.

OBSERVATION n° 4

B..., entré le 23 septembre 1908. *Néoplasme diffus de l'estomac.*

Bonne santé habituelle. Début de l'affection actuelle, il y a trois ans, par des vomissements survenant aux heures des repas, avant même de manger. C'était surtout de l'eau et des glaires. Quelquefois, vomissements après les repas, mais rarement, suivis d'une douleur en lancées du côté de l'épigastre. Jamais de vomissements de sang, jamais de méléœnas.

Pas de perte de l'appétit ; amaigrissement très marqué.

Actuellement, malade cachectique, mais encore vigoureux. A l'épigastre : tumeur arrondie, de la grosseur d'une orange, assez dure et qu'on suit dans la profondeur. Elle est d'ailleurs mobile, et le malade affirme qu'elle se déplace aux différents moments de la journée.

La tumeur ne dépasse pas la ligne médiane, mais reste au-dessus de l'ombilic. Elle plonge sous les côtés et se perd. Clapotage trois heures après l'ingestion d'un repas.

Pas d'adénite axillaire, pas de Troisier, quelques petits ganglions inguinaux.

Pas de diarrhée, ni de constipation.

26 septembre 1908. — Intervention : on tombe sur un

néoplasme diffus de tout l'estomac, et on ne peut trouver qu'une région très limitée de la face antérieure où l'on puisse faire une gastro. D'ailleurs, cette gastro est faite très haute.

28 septembre. — La température monte à 38° 6, le malade fait de la broncho-pneumonie.

5 octobre 1908. — Mort.

OBSERVATION n° 5

S..., 52 ans, entré le 20 septembre 1909. *Néoplasme de la petite courbure.*

Père mort à 52 ans, de pleurésie ; quant à lui, il n'a jamais fait de maladie ; il est marié et a un enfant. Il ne tousse pas l'hiver.

Le début de la maladie remonte à trois mois. Le malade a commencé à vomir des aliments, ces vomissements étaient irréguliers et se produisaient immédiatement après les repas. Il ne semble pas au malade qu'il ait vomi des aliments ingérés depuis plusieurs jours. Pas de melœnas, ni d'hématémèses. Les vomissements sont toujours irréguliers, parfois tous les jours, parfois tous les quatre ou cinq jours.

L'état général est bon ; le malade a peu maigri, il a toujours faim.

A l'examen, on trouve dans l'hypocondre droit, à un centimètre au-dessus de l'ombilic, une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie qui se délimite assez bien. Il y a un peu de clapotage, mais pas de tension, ni de péristaltisme.

D'après la radioscopie, ce serait une tumeur prépylorique ; les régurgitations précoces seraient dues à un spasme du cardia et non à la tumeur. Fort de cette indication, on se dispose à faire une gastro-entéro-anastomose, bien qu'on ait

quelque arrière-pensée sur un néoplasme de la petite courbure qui a arrêté la distension de l'estomac.

23 septembre. — Intervention. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Foie sain congestionné. Pylore sain, épiploon congestionné dans les deux tiers inférieurs, mais on le sent s'épaissir par place et il doit y avoir des ganglions envahis.

La tumeur est trop haute pour qu'on songe à l'extirper, et on se borne à une gastrostomie avec suture de la paroi gastrique en forme d'entonnoir par la méthode Fontan.

OBSERVATION n° 6

C..., 76 ans, entré le 5 février 1909. *Sténose-œsophagienne.*

Entre pour des troubles de la déglutition. Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires et personnels. Il n'a jamais avalé de liquides brûlants ou corrosifs.

Le début de la maladie actuelle remonte à six mois environ et se manifesta par une gêne à la déglutition des solides d'abord, puis des liquides, puis la sténose augmenta régulièrement.

Depuis le mois de décembre, les liquides eux-mêmes ne passent qu'avec peine, en même temps que se produisent des crises subites de sténose plus serrée, empêchant toute alimentation et durant un à deux jours.

Vers la fin de janvier, les liquides eux-mêmes ne passent plus qu'en petite quantité ; actuellement toute alimentation est impossible.

Il s'agit d'une sténose-œsophagienne très caractéristique, avec régurgitation immédiate sans jamais de grands vomissements.

Le malade dit n'avoir jamais vomi le sang ; il a beaucoup maigri ces temps derniers et présente un aspect cachectique très avancé.

L'examen somatique reste négatif et ne fournit pas de signe de tumeur du médiastin. Pas d'inégalité des pupilles, qui réagissent bien toutes les deux. Pas de trouble de la phonation, ni de la respiration.

Les battements du cœur sont normaux, on n'entend pas de souffles.

La crosse de l'aorte n'est pas perçue derrière la fourchette sternale ; pas de retard du pouls à la radiale. Athérome marquée de l'iliaque droite qui est sentie à travers la paroi.

La percussion ne dénote rien, sauf au voisinage de la colonne vertébrale où on note un espace mat de la largeur d'une paume de main.

6 février 1909. — On pratique une gastrostomie par le procédé de Fontan. Suite excellente : la fistule est parfaitement continente.

1^{er} mars. — Sorti du service.

OBSERVATION n° 7

P..., 73 ans, entré le 26 octobre 1909. *Néoplasme de l'œsophage.*

Le malade vient à l'hôpital parce que les aliments ne passent plus.

Parents morts très agés d'affections inconnues.

Célibataire. Bonne santé habituelle. Pas de maladies graves. Antécédents éthyliques.

L'affection actuelle a débuté il y a deux mois. Le malade, avant cette date, ne s'est jamais aperçu de rien. Au mois de

juillet dernier, le malade, à la suite d'ingestion d'aliments lourds, s'aperçut qu'il digérait mal. Puis, peu à peu, cette difficulté s'accrut, et le malade qui, jusqu'à présent, avait pu ingérer solides et liquides sans trop de difficultés, ne peut plus ingérer que des liquides depuis un mois.

Il rejette les aliments immédiatement et dès qu'il les a absorbés ; le lait, en particulier, n'est pas caillé et est rejeté intact. Il n'a jamais vomi de sang et n'a jamais souffert que très peu, au moment de ses régurgitations et au niveau de l'angle xyphoïdien.

Le malade s'est amaigri considérablement par le fait même de l'inanition :

La radiographie ne montre rien de net, le malade n'étant pas arrivé à avaler convenablement son cachet de bismuth, mais les renseignements semblent bien être en faveur d'un obstacle bas situé sur l'œsophage.

27 octobre. — *Gastrostomie* par le procédé de Fontan.

12 novembre 1909. — Mort.

14 novembre. — Autopsie : néoplasme situé un peu au-dessus du cardia et s'étendant sur 5 centimètres environ de hauteur. Le rétrécissement est très serré et on note une dilatation située au-dessus. Nombreux ganglions trachéo-bronchiques. Généralisation au foie ; cinq ou six nodules cancéreux avec taches de bougie superficielles.

On note une myocardite typique avec une pneumonie congestive des basés qui a dû emmener le malade.

OBSERVATION n° 8

J..., 57 ans, Lyon, entré le 29 mars 1910. *Sténose œsophagienne : poche avec néoplasme.*

Le malade a eu une pleurésie il y a 22 ans. Chancre de la verge, il y a 15 ans, avec ganglion supprimé.

Depuis 5 mois 1/2, gêne progressive de la déglutition, arrêt des aliments à la partie supérieure du thorax. La viande ne passe plus depuis 1 mois 1/2. Il a consulté le Dr Bouveret qui a constaté un arrêt à 25 centimètres des incisives. Pas de vomissements œsophagiens.

Une radioscopie (Dr Arcelin, 24 février 1910) montre un arrêt au niveau de la clavicule et une dilatation au-dessus.

Sargnon constate un arrêt de la tige cocaïnique à 25 centimètres ; elle passe à gauche et pas à droite.

Le malade n'a maigri que de 2 kilogs en un mois ; la tige ne ramène pas de sang.

5 avril. — Œsophagoscopie : la tige cocaïnique est arrêtée d'abord à 17 centimètres, puis à 21 centimètres, puis à 25 ; une seule fois on franchit ce spasme de quelques centimètres.

Un tube de Brüning, de 7^{m/m}, pénètre à 21 centimètres et rencontre un spasme intense, circulaire ; mucosités abondantes, à peu près pas de sang.

La sonde fine et la tige cocaïnique passés par le tube œsophagoscopique, ne peuvent franchir le spasme.

18 avril. — Le malade s'alimente bien, sauf pour la viande. La tige cocaïnique et une sonde plombée moyenne passent à frottements, mais sans hémorragies.

10 juillet. — Pas d'amélioration. Il entre dans le service de M. Bérard. Ablation d'un goître latéral et très plongeant, car on pensait à une poche œsophagienne.

13 septembre. — Essais très intermittents de dilatation œsophagienne. Pas d'amélioration.

Nouvelle œsophagoscopie, après dilatation préalable, jusqu'à 25 centimètres (impossible d'aller plus loin). Avec un œsophagoscope de 9^{m/m} et un mandrin, on pénètre, en forçant, jusqu'à 23 centimètres, dans une petite poche à

parois rougeâtres, qui se remplit continuellement de liquides alimentaires et nécessite des pompes successifs. On a la sensation, au niveau de la région inférieure de la petite poche, d'une induration résistante (spirrheuse ?). On constate, au niveau de la partie supérieure du thorax, un rétrécissement spasmodique à la limite supérieure de la poche.

10 septembre. — Gastrostomie d'urgence par M. Bérard. Le malade n'avale plus du tout. Pouls : 120 avant l'opération.

✓ Anesthésie au Bilroth, procédé de Fontan.

Mort dans la soirée.

A l'autopsie, on trouve une poche latérale droite au-dessus d'une zone cancéreuse circulaire. L'aorte et des ganglions adhéraient à la tumeur.

OBSERVATION n° 9

P..., 57 ans, entré le 8 août 1910. *Spasme de l'œsophage*.
Néoplasme du cardia.

Fièvre typhoïde à 16 ans. Spasmes œsophagiens très intermittents depuis décembre 1909. Radiscopie par Barjon, en mai 1910 ; estomac fonctionnant bien, un peu petit ; le cachet de Bismuth n'est pas arrêté dans l'œsophage.

Amaigrissement en un an : 8 kilogs.

Il y a quinze jours, à la suite d'une émotion, resserrement brusque médiathoracique, vomissements alimentaires immédiats. On lui a trouvé de l'aérophagie cette année à Vichy.

Il y a quatre jours, il a eu une contrariété très vive (colère) ; en mangeant, il a eu des vomissements alimentaires récents. Ce spasme a duré 36 heures, même pour les

liquides. Sensation de brûlure : il la compare à celle d'une fistule à l'anus.

Dilatation : passage facile de la tige cocaïnique après un spasme net de l'entrée de l'œsophage. Les sondes de Bouchard passent très bien.

22 octobre. — Il a mieux mangé depuis et engraisé de 1 kilog en deux mois.

13 novembre. — Radioscopie (D^r Barjon) : montre un arrêt du cachet vers la deuxième vertèbre dorsale (rétrécissement assez serré).

Janvier 1911. — Le malade entre à la clinique. Il a beaucoup maigri. Alimentation à la sonde pendant plusieurs jours.

Œsophagoscopie. Au niveau de la région diaphragmatique ou suscardiaque (39 centimètres), un bourgeonnement hémorragique d'aspect néoplasique. Le spasme de l'entrée de l'œsophage a été facilement franchi avec le tube spatule.

Gastrostomie par MM. Bérard et Vignard (procédé de Fontan). Suites normales, sauf que les sutures superficielles lâchent, et il y a, momentanément, un peu d'incontinence. Guérison de la plaie par épidermisation progressive. Depuis le moment où est survenue l'incontinence, la sonde à demeure est supprimée et n'est mise en place qu'au moment du repas. Le malade engraisse rapidement et reprend toutes ses forces. Comme on lui a parlé d'ulcère peptique, on lui fait à diverses reprises, deux ou trois fois par semaine, des badigeonnages avec du bleu de méthylène à l'aide d'un tube endoscopique de 12 centimètres de long sur 7^m/_m de large (Œsophagoscopie rétrograde). On voit ainsi que la région du cardia est rougeâtre, bourgeonnante, et qu'elle saigne facilement.

A deux reprises, on essaie de passer par le haut une fine sonde pour mettre le fil sans fin, dans le but de faciliter les

badigeonnages. La sonde pénètre dans l'estomac, fait saigner, mais la gastroscopie inférieure ne permet pas de la retrouver.

Fin mars 1911. — Le malade va bien ; il a engraisé. A ce moment, il prend la grippe avec douleurs de la région gastrique et névralgie intercostale inférieure.

L'alimentation se fait toujours par la fistule stomacale.

Le malade présente, de temps en temps, des spasmes œsophagiens avec des régurgitations de salive, s'accompagnant de douleurs thoraciques. Le plus souvent, ces régurgitations manquent et la salive s'écoule dans l'estomac.

17 avril 1911. — L'état fébrile a disparu ; pas de cautérisations. Mort deux mois après.

OBSERVATION n° 10

B..., entré le 21 décembre 1910. *Néoplasme du cardia.*

Vient pour des troubles gastriques.

Père mort d'un cancer d'estomac, mère morte d'une maladie de foie.

Pneumonie à 40 ans, pas de spécificité.

La maladie actuelle a débuté, il y a deux ans environ, par des douleurs épigastriques qui, quelquefois, avaient été calmées par les aliments.

Il y a environ un an, les vomissements ont fait leur apparition, survenant immédiatement après l'ingestion des aliments et principalement du pain, de la viande. Les potages, les purées passent. Enfin, le malade est obligé de boire par petites gorgées. Amaigrissement notable.

On ne sent pas de tumeur. La radioscopie montre que le cachet de bismuth est arrêté au niveau du cardia.

27 décembre. — Gastrostomie. Incision de la paroi. Le néoplasme est senti à bout de doigt, il est adhérent ; ganglions dans le petit épiploon. La bouche est faite à la partie moyenne de l'estomac. On essaye de faire la bouche le plus haut possible, mais des tiraillements ne permettent pas de la faire très haute.

30 décembre. — La plaie est entièrement fermée ; l'orifice de la sonde est seule visible. Le malade va bien.

3 janvier 1911. — On enlève la sonde.

5 janvier. — On remet la sonde.

11 janvier. — Oblitération de l'orifice.

17 février 1911. — Mort.

OBSERVATION n° 11

G... (Claude), menuisier, 58 ans, entré le 22 mars 1911.

Le 1^{er} février, il a avalé, par mégarde, une solution de potasse.

Brûlure immédiate et, vingt minutes après, vomissements, sueurs, coliques, syncopes ; au cours des vomissements, il aurait rendu un petit morceau de muqueuse. Traitement par le lait, lavages à l'eau albumineuse et cataplasmes laudanisés (D^r Girard, de Saint-Just).

Pendant huit jours, déglutition impossible. Lavements alimentaires, quatre à cinq par jour.

Les premiers temps, les aliments sont arrêtés au gosier. Trois semaines après l'accident, ils s'arrêtent surtout dans la région du cardia. Vives douleurs et vomissements ; les liquides seuls passent.

24 avril. — Dilatation progressive avec de fines bougies en gomme tous les deux ou trois jours ; elles se replient

parfois ; aussi, les tentatives de dilatation augmentent les phénomènes de sténose. Bismuth en potion comme pansement interne. Comme sonde, le n° 8 seul passe, et quelquefois la sonde n° 0.

5 juin. — La dilatation n'a pas avancé ; M. Bérard décide de faire la gastrostomie. Quinze jours avant l'opération, l'œsophagoscopie a été pratiquée par M. Sargnon, et a montré :

1° Un spasme à l'entrée de l'œsophage ;

2° Un arrêt de 18 centimètres « région sus-aortique », mais un tube plus petit, coulissé dans le gros tube, permet de franchir ce passage cicatriciel, et à 38 centimètres des arcades dentaires supérieures, on constate un rétrécissement cicatriciel, membranoïde encore inflammatoire avec un tout petit orifice latéral droit. Les essais de dilatation ultérieurs n'avancent pas ; seule, la sonde n° 8 passe, et encore pas toujours. L'alimentation est très défectueuse. Le malade maigrit beaucoup : il a perdu 21 kilogs depuis son accident.

8 juin. — Gastrostomie, sous anesthésie générale, par le procédé de Fontan. Estomac petit, suites très simples.

A la fin du mois, la bouche de gastrostomie fonctionne bien ; elle est continente. A plusieurs reprises, sous œsophagoscopie haute et basse, on essaie vainement de franchir l'obstacle et de passer le fil sans fin.

15 juillet. — Après plusieurs essais de dilatation avec la sonde rigide n° 8, on arrive à passer un fil adapté à cette sonde, de haut en bas et par gastroscopie inférieure directe, au bout d'une heure de recherches et de pompages. On arrive à voir le fil et à le tirer avec un crochet. On établit donc ainsi le système du fil sans fin, mais, malheureusement, on ne place qu'un seul fil. Trois jours après, le malade, en dormant, coupe le fil avec ses dents : tout est à recommencer. De nouveaux essais avec la perle échouent ;

le sténose est très accentuée; nous n'arrivons plus à passer la sonde n° 8 munie du fil. Nous sommes obligés de passer la sonde sans le fil, et, par une gastroscopie rétrograde, nous cherchons longuement la sonde : mais elle file du côté du pylore, elle est masquée par les replis de la muqueuse et par le mucus sanguinolent de l'estomac à la suite des manœuvres. Plusieurs fois, à quelques jours d'intervalle, on recommence la même tentative sans succès. Il est vrai qu'un lavage d'estomac n'a pas été fait : peut-être aurait-il facilité les manœuvres.

En désespoir de cause, nous dilatons l'orifice de gastro, très continent et très serré, jusqu'au calibre du doigt avec des bougies de Hégar, et, avec l'index recourbé en crochet, on ramène la sonde pour y adopter un fil sans fin double. Trois jours après, on commence la dilatation caoutchoutée rétrograde, par le n° 10 jusqu'au n° 28. La dilatation rétrograde a duré un mois ; on la supprime alors et on continue la dilatation intermittente par les bougies plombées jusqu'au n° 38.

Le malade avale bien tous les aliments en mâchant et en avalant lentement ; il est obligé de boire souvent. Il a repris 11 kilogs. Une œsophagoscopie pratiquée il y a quinze jours, montre un œsophage thoracique uniformément rétréci, mais perméable avec un anneau cicatriciel, large au niveau du diaphragme. Comme d'ordinaire, l'orifice de la gastrostomie s'est refermé spontanément dès qu'on a cessé d'y introduire la sonde. A aucun moment il n'y avait eu d'incontinence de cet orifice et de regorgement du suc gastrique, même pendant les quelques jours qui suivirent la dilatation, pour permettre l'introduction du doigt dans l'estomac.

Fin mars 1912. — Le malade peut être actuellement considéré comme guéri. Tous les quinze jours on passe, sans

difficulté, une bougie de Bouchard grosse comme le petit doigt. Alimentation parfaite.

OBSERVATION n° 12

P... (Marie), 52 ans, entrée le 28 mars 1911.

Vient à l'hôpital pour des troubles de la déglutition et modification de la voix. Ses parents sont morts très âgés.

Personnellement, elle n'a jamais été malade. Pas de trace de spécificité, pas de fausse couche.

La maladie a débuté il y a sept à huit mois. Le premier symptôme qui attira l'attention de la malade fut une certaine gêne à la déglutition qui est devenue de plus en plus marquée, d'abord pour les solides, et actuellement même pour les liquides. La déglutition entraîne même des efforts de toux avec spasmes et rejet des matières alimentaires. Cette dysphagie fut toute la symptomatologie pendant six mois.

Depuis un mois, la malade accuse quelques petites douleurs au niveau de la région pharyngo-laryngée avec des irradiations sternales, sous le maxillaire gauche, au niveau de l'oreille gauche.

La voix s'est éteinte progressivement, mais on n'a pas les signes nets d'une paralysie laryngée.

Examen laryngoscopique du Dr Sargnon : L'examen montre des cordes vocales rougeâtres non bourgeonnantes, immobilité complète du larynx à gauche, la corde droite est assez mobile ; la région de l'aryténoïde gauche est très œdématisée ; elle présente, à la partie postérieure, une ulcération pharyngée inférieure bourgeonnante, plus large qu'une pièce d'un franc, qui n'a pas du tout l'air baccillaire,

Il s'agit soit de spécificité, soit très probablement d'un néoplasme. La ligne médiane inter-aryténoïdienne est envahie.

Objectivement, on constate un corps thyroïde légèrement augmenté de volume, surtout dans sa partie droite. A la palpation, on trouve un point douloureux à gauche, au niveau du cartilage thyroïde, et on a la sensation d'un empâtement pré-laryngé. Larynx mobile ; on cherche les ganglions sans les trouver.

Rien à l'examen direct de la gorge.

Pendant l'examen, on constate un accès de suffocation légère, avec gêne inspiratoire et cornage.

2 juin. — Gastrostomie de Fontan. On commence l'alimentation le lendemain de l'opération. Suites opératoires normales : la plaie est en très bon état.

13 juin. — Depuis quelques jours, la malade présente des signes de sténose laryngée (tirage et cornage), avec paroxysmes assez inquiétants, et qu'une médication calmante (morphine, cataplasmes) ne fait qu'atténuer. On pratique une trachéotomie haute, sous anesthésie locale avec le mélange de Schleich. L'opération peut être rapidement pratiquée sans incident.

25 juin. — Apparition d'une parotidite.

7 juillet 1911. — Mort par épuisement progressif.

OBSERVATIONS DE GASTROSTOMIE

SOUS ANESTHÉSIE LOCALE OU MIXTE

OBSERVATION n° 13

M. J..., 54 ans, entré dans le Service le 4 septembre 1911.

Trouble de l'œsophage depuis six mois sans cause apparente, puis dysphagie progressive.

Une radioscopie, pratiquée par le Dr Malot, montre la possibilité d'un diverticule. L'œsophagoscopie (Sargnon) montre un arrêt à 33 centimètres, avec, à ce niveau, un petit orifice bourgeonnant latéral droit, un œsophage dilaté et une infiltration généralisée de cette région, si bien que l'on pense à néoplasme sous muqueux.

La gastrostomie sous cocaïne est pratiquée par M. Bérard (19 septembre 1911). L'alimentation redevient progressivement facile. Le malade engraisse. Nouvelle œsophagoscopie qui montre un arrêt spasmodique à 23 centimètres. Un

deuxième tube introduit avec mandrin pénètre facilement plus loin et montre une poche garnie de mucosités et de débris alimentaires, avec une dilatation à gauche et un orifice très petit à droite. Cet orifice se trouve à 36 centimètres des arcades dentaires.

On hésite entre un spasme, une compression ou une sténose inflammatoire consécutive au spasme ; pourtant, cette dernière hypothèse semble plus probable, mais comme l'orifice n'a pas été parfaitement vu à cause des débris alimentaires, on ne peut porter un diagnostic absolument ferme. La dilatation méthodique, très difficile au début, puisque la sonde n° 10 seule passe, arrive assez rapidement jusqu'au n° 36, mais, ultérieurement, le malade rechute et la dilatation devient de plus en plus difficile.

Le malade, revu en juillet 1912 va bien, malgré l'absence de toute dilatation.

OBSERVATION n° 14

L..., malade de 66 ans, présentant, depuis trois mois, de la gêne œsophagienne avec gros amaigrissement et arrêt, pour le cachet de bismuth, au-dessus du diaphragme. La sonde est arrêtée vers 40 centimètres.

L'œsophagoscopie (Sargnon) en position assise sous cocaïne, montre, au-dessus du diaphragme, une poche œsophagienne cylindrique, peu large, terminée en bas par une paroi sans lumière ne saignant pas, mais infiltrée et rougeâtre. Le malade est très affaibli. La gastro est pratiquée d'emblée par le Professeur Bérard, sous infiltration de novocaïne. L'anesthésie est très bonne pour les parties molles, mais au moment de la recherche de l'estomac, qui est très petit, on

est obligé de donner un peu d'anesthésie générale. Suites opératoires bonnes, mais, comme le malade présente des hémorroïdes absolument rebelles et très douloureuses, on est obligé, huit jours après, de faire une dilatation anale. Issue de matières extrêmement abondantes et dures. Affaiblissement progressif et mort, par faiblesse cardiaque, quinze jours après la gastrostomie.

OBSERVATION n° 15

C..., 63 ans, entré le 20 octobre 1911. *Sténose de l'œsophage.*

Père mort de bronchite chronique. Mère morte de vieillesse. Enfants vivants et bien portants.

Paludisme à 25 ans, pendant onze mois ; guéri sans accident.

Aucune maladie depuis. Excellente santé habituelle. Ethylisme ancien moyen. L'affection actuelle date de six mois. Depuis ce moment, douleur épigastrique continue, avec quelques paroxysmes peu intenses et survenant à des moments irréguliers. Elle a une prédominance nocturne et correspond dans les reins. L'appétit, au dire du malade, n'a pas diminué. mais il y a des troubles de la déglutition ; les aliments, dit-il, passent mal. Mais, en l'interrogeant, il dit aussi que les solides et les liquides passent également et que jamais il ne les vomit. Renvois fétides, non acides, après les repas. Jamais d'hématémèses. Depuis quatre jours, il a aperçu dans ses selles, à deux reprises, du sang rutilant. Depuis six mois, le malade a maigri de 10 kilogs.

A l'examen, bon état général. La paroi est peu dépres-

sible ; la pression au point épigastrique est douloureuse et on a une sensation de tension à ce niveau : on ne sent pas de tumeur à la palpation. Le foie dépasse un peu les fausses côtes, il est légèrement douloureux ; le malade n'a jamais eu de coliques hépatiques.

Le toucher rectal ne révèle pas la cause de l'hémorragie rectale.

Aux poumons, bronchite chronique.

Rien au cœur.

Depuis quelques jours, les signes se sont précisés. Les symptômes gastriques ont fait place à des signes œsophagiens nets. Les solides ne passent plus, les liquides passent difficilement.

26 octobre 1911. — *Œsophagoscopie* (Sargnon).

L'œsophagoscopie est faite en position assise, sous cocaïne. Une petite sonde, passée au préalable, passe facilement.

Le tube, introduit par coulissage dans le tube biseauté, est arrêté vers 34/35 centimètres des arcadés dentaires supérieures. On constate alors un obstacle recouvert d'une muqueuse non ulcérée ni bourgeonnante. On n'aperçoit pas l'orifice œsophagien, car le pompage des mucosités est compliqué.

Diagnostic probable de spasme serré ou de néoplasme sous-muqueux, probablement circulaire.

Une grosse bougie n° 40 pénètre assez facilement, mais est arrêtée vers 34 centimètres également.

13 novembre 1911. — *Intervention*.

Gastrostomie par le procédé de Fontan, sous anesthésie locale à la novocaïne.

Le malade n'a rien senti, sinon l'incision et les sutures des parties extrêmes de la plaie où l'injection anesthésique n'avait pu être poussée.

22 novembre. — Ablation d'une partie des fils. Nettoyage de la sonde ; suites immédiates bonnes.

OBSERVATION n° 16

M., 43 ans. Entré le 5 janvier 1912. *Polype de l'œsophage et neoplasme concomitent.*

Pas d'antécédents héréditaires à signaler. A eu quelques bronchites. L'affection actuelle a débuté au mois de mars 1911 par des vomissements glaireux accompagnés de douleurs épigastriques. Le malade, se couchait sur sa région stomacale pour les calmer.

A partir du mois de juin, survinrent des vomissements alimentaires immédiatement après l'ingestion. Le malade commença alors à maigrir et à être constipé. Peu à peu, il eu quelques vomissements tardifs, le malade a toujours faim. Il est entré il y a un mois dans le service de M. Pic. M. Sargnon fait l'œsophagoscopie et trouve un polype de l'œsophage thoracique supérieur, il l'extirpe partiellement, le 30 décembre, le malade allait très bien, point de fièvre malgré son état cachectique avant l'intervention.

Depuis mercredi 3 janvier, il présente une dysphagie presque absolue et des vomissements.

Une grosse sonde passe bien jusque dans l'estomac, mais dès qu'on injecte du lait, il le revomit par son œsophage, malgré la présence de la sonde. De plus, il a vomi à ce moment du liquide et des grumeaux de rétention gastrique.

6 juin 1912. — Un lavage d'estomac ayant été fait la veille au soir, le malade va un peu mieux.

Il n'y a jamais eu du sang dans ses vomissements. Il a perdu 3 kilogs depuis 1 mois.

Ventre en bateau. Pas d'œdème des jambes.

11 janvier. — Gastrostomie par le procédé de Fontan. Anesthésie locale à la cocaïne.

12 janvier. — On commence à alimenter le malade par sa sonde.

15 janvier. — Mort par dyspnée brusque en accès.

A l'autopsie, on trouve un très gros neoplasme ulcéré, au niveau du cardia et de la petite courbure, séparé du polype enlevé par 10 cm. de tissu sain.

OBSERVATION n° 17

N., 47 ans, entré le 26 janvier 1912. *Néoplasme de l'œsophage.*

Le malade rentre à l'hôpital, pour une laryngite. A eu quelques bronchites et des angines, pas d'affections vénériennes.

L'affection actuelle a débuté il y a un an, par des maux de gorge assez légers à répétition. Voix enrouée, un peu éteinte. La maladie a évolué lentement avec quelques rémissions. Depuis 3 mois, le malade a de fréquentes hémoptysies abondantes d'ailleurs, se produisant le plus souvent après une quinte de toux. Dysphagie assez légère au début, pour les premières déglutitions seulement, mais il y a un mois, les douleurs devinrent très fortes, les solides ne purent plus être tolérés, les liquides eux-mêmes, ne passaient plus sans de vives souffrances. A ce moment, 27 décembre, le malade entre à l'hôpital de Dijon. On fit des injections de cocaïne dans la région laryngée, on fit ensuite des injections mercurielles, le malade ne s'en trouve pas mieux ; au laryngoscope, on enleva des débris de tumeur, on parla d'opération grave, à pratiquer et on l'envoya à Lyon.

A son entrée, malade, amaigri, yeux larmoyants, en proie à de fréquents accès de toux, ses crachats sont blancs, mêlés de sang.

On découvre de petits ganglions mobiles en haut et en arrière du cartilage thyroïde, mais pas de tumeur perceptible à la palpitation. Le malade ne peut rester couché, la difficulté de respirer, s'accroît dans cette position.

A l'auscultation, le bruit laryngé couvre le murmure vésiculaire ; rien au cœur. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine, mais de grandes quantités de phosphates.

3 février. — *Intervention.*

Trachéotomie basse sous anesthésie locale à la cocaïne. L'infiltration profonde a été insuffisante, le malade souffre dans les parties profondes, On met de la cocaïne en contact direct, la douleur disparaît.

5 février. — On essaie sans y parvenir, de passer une sonde par le nez, par suite probablement, d'un bourgeon néoplasique, la sonde s'arrête et revient dans la bouche. C'est en vain que l'on essaie de passer par le nez une sonde à demi rigide ou en caoutchouc molle.

6 février. — On se décide à pratiquer une gastrostomie qui est faite avec injection cocaïnique et suivant le procédé de Fontan. On commence l'alimentation le lendemain.

27 février. — Le malade passe à l'isolement pour un érysipèle.

29 février. — Mort.

OBSERVATION n° 18

C., 70 ans. Entré le 27 février 1912. *Symptômes de sténoses de l'œsophage, déterminés par ectasie aortique.*

Le malade entre à l'hôpital, pour des phénomènes de sté-

nose œsophagienne. Pas de spécificité, bronchite au mois de mars; éthylisme: parfois quarante petits verres dans la journée.

L'affection actuelle, a débuté au mois de juillet dernier, par des maux de gorge qu'on a traités par des gargarismes. Le malade ne toussait pas. Les douleurs pharyngolaryngées n'ont pas rétrocedé. Au mois de septembre, le malade fut fort surpris un jour de ne plus pouvoir avaler les mets solides, des régurgitations suivaient immédiatement l'ingestion des aliments, etc., cette ingestion était chaque fois douloureuse. Les vomissements étaient d'ailleurs irréguliers, se manifestant aussi parfois pour les liquides. En général, une partie des aliments parvenait à l'estomac. Le malade a perdu 32 kilos depuis le mois de septembre, il a toujours faim et est habituellement constipé.

A son entrée, l'état général paraît encore satisfaisant, l'abdomen a pourtant perdu de son volume primitif, si l'on juge par les nombreux plis de la peau, trop ample maintenant pour le recouvrir. L'appendice xyphoïde est recourbé en avant en hameçon. Cette saillie anormale que l'on voit maintenant, avait disparu pendant de longues années, noyée dans la graisse. Espaces intercostaux inférieurs distendus, irrégulièrement espacés, les côtes font des deux côtés des saillies anormales.

L'exploration de la région cervicale, fait découvrir de gros ganglions un peu douloureux, surtout marquées du côté droit en arrière de l'os hyoïde.

A l'inspection, rien d'anormal.

La percussion ne révèle pas d'élargissement de la matité aortique. Il y a un retard du pouls du côté gauche, mais pas d'autres signes d'ectasie à l'auscultation ou à la palpitation.

Pas de signe d'adénopathie médiastinale.

Le cathétérisme pratiqué par un médecin de Genève a ré-

vélé un rétrécissement à 18/20 cm. de l'arcade dentaire. La sonde a ramené un peu de sang.

Voix rauque, parfois bitonale : cette altération de la voix, s'est manifestée en même temps que la dysphagie.

Auscultation, rien aux plèvres et aux poumons.

Au cœur : les bruits sont sourds et lointains.

Le foie paraît petit, il n'y a jamais eu d'ictère ; pas d'œdème des jambes.

Artères athéromateuses. dures, irrégulières. Pouls difficilement perçu. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

La Radioscopie montre un anévrisme de la portion ascendante de l'aorte.

31 janvier. — Intervention : incision habituelle, l'estomac est suturé au surjet, enfoui suivant la méthode de Fortan.

2 février. — Les aliments passent bien par la sonde.

5 février. — Etat général excellent, pas de fièvre.

10 février. — Le malade suffisamment amélioré passe dans un service médical (M. Courmont).

OBSERVATION n° 19

D., 61 ans, entré le 3 février 1912. *Néoplasme de l'œsophage.*

Le malade vient de la salle Ste-Elisabeth. Pas de spécificité. Douleurs articulaires généralisées. L'affection actuelle a débuté le 15 novembre. La déglutition devient douloureuse, les solides ne pouvaient passer que bien mastiqués et avec le secours d'une gorgée de vin ou de lait. A la fin de novembre, les aliments solides ne purent plus passer du tout, et le malade s'est nourri avec des jaunes d'œufs et du lait. Cette dysphagie a été progressive et sans période de régres-

sion qui puisse faire penser à un élément spasmodique. Il n'y a jamais eu de douleurs vraies mais une simple sensation de constriction au niveau du cardia. Pas de régurgitations non plus si ce n'est au début, le malade ayant pris l'habitude d'avaler les liquides très lentement avec un chalumeau. Pas d'hématémèses.

Au commencement de décembre, le malade est allé consulter à l'hôpital St-Luc, on fit une radiographie qui montra une tumeur au niveau des 4 et 5^{me} côtes. Le malade est entré salle Ste-Elisabeth vers le 20 janvier, il passe dans le service le 3 février.

A son entrée, malade très amaigri: il a perdu 25 kilogs. Teint un peu jaune.

Œsophagoscopie. — A 33 cm. des arcades dentaires, on trouve à droite une ulcération rougeâtre, bourgeonnante, ayant nettement l'aspect néoplasique. L'œsophage est assez libre, les sondes moyennes passent facilement.

Pas d'œdèmes des jambes. Rien à la colonne. Quelques ganglions aux plis de l'aîne. A l'auscultation on entend des bruits musicaux traduisant le passage très tardif et par petites gorgées du liquide à travers le rétrécissement.

Rien aux poumons, au foie, ni au cœur.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

6 février 1912. — Gastrostomie sous anesthésie locale par le procédé de Fontan. On commence l'alimentation dès le lendemain,

18 février. — Sorti du service.

OBSERVATION n° 20

V., 21 ans, entré le 23 février 1912. *Rétrécissement sous-cardiaque de l'estomac de nature bacillaire possible ou dû*

à un ulcère peptique de la région du cardia (Roque, Bécard et Sargnon).

Père mort d'une pleurésie à 50 ans. Un frère mort à 21 ans d'une pneumonie, les autres sont vivants et bien portants.

Pas de maladie dans l'enfance. Pas de signes de bacilliose à ce moment. Le malade a toujours un peu souffert de l'estomac.

Il y a deux ans, les douleurs ont beaucoup augmenté, siégeant au creux épigastrique avec point dorsal ; leur acuité est très vive, le repas les provoque mais l'ingestion de liquides : eau, lait, bicarbonate de soude les calme, il y a des intervalles de 3 ou 4 jours de souffrances séparées par des intervalles de bien-être relatif. Des vomissements alimentaires diminuaient la douleur. Plusieurs fois ces vomissements auraient eu une teinte noirâtre, marc de café ; jamais le malade n'aurait eu d'hématémèse rutilante.

Le médecin qui le vit à cette époque diagnostiqua un ulcère de l'estomac et conseilla au malade un régime que celui-ci ne suivit d'ailleurs pas. La faim le poussait à réclamer une alimentation copieuse qui provoquait des vomissements et des hématémèses.

Depuis trois mois, il y a une amélioration notable : la douleur et les vomissements ont diminué, mais il est survenu de la dysphagie qui ne permet que le passage des liquides et encore leur déglutition est douloureuse. Sensation de brûlure localisée aux creux épigastrique.

Cette douleur est calmée par les vomissements qui se produisent souvent après l'ingestion des liquides.

Le malade depuis huit jours, n'aurait absorbé que sept ou huit litres de liquide : eau et lait. Son amaigrissement est extraordinaire, avec pâleur très grande, ses muqueuses décolorées. Il a maigri de 20 kilogs. Abdomen rétracté, creusé

en bateau. La région du creux épigastrique est un peu douloureuse sans point nettement localisé.

Palpation négative, pas de signe de dilatation gastrique.

Aux poumons, examen négatif. Expectoration glaireuse, spumeuse, très aérée, abondante, précédée de quintes de toux depuis une quinzaine de jours. Rien au cœur. Réflexes normaux.

Sérodiagnostic tuberculeux : agglutination positive à 1/5, 1/10, 1/15.

La radioscopie montre un rétrécissement immédiatement au-dessus du cardia, sans poche, l'œsophagoscopie rétrograde a montré (Sargnon) une ulcération cardio-diaphragmatique en partie cicatricielle, en partie encore ulcérée. Il semble qu'il s'agisse plutôt d'un ulcère peptique de la région du cardia.

22 février. — Le malade ne prenant aucune alimentation par voie buccale, on se décide sous anesthésie locale à lui placer une sonde à demeure, après gastrostomie, suivant le procédé de Fontan. Pas d'incident. On commence l'alimentation le lendemain.

La température s'est maintenue entre 37° et 37,4° sauf le lendemain de l'opération où elle est montée à 38° le soir.

4 mars. — Sorti du service.

OBSERVATION n° 21

F..., 50 ans, entré le 21 mars 1912. *Rétrécissement de l'œsophage par anévrisme de l'aorte diaphragmatique.* Mort par ouverture de l'anévrisme dans l'œsophage.

Le malade entre le 14 mars à Sainte-Elisabeth, et dans le Service de M. le Dr Bérard pour se faire faire une gastrostomie.

Voici le résumé de l'observation de M. Roque :

30 octobre 1908. — Premier séjour à l'hôpital. Le malade, dont la femme est morte de bacillose, entre à l'hôpital pour des troubles pulmonaires.

Il a pris froid récemment, tousse et crache, mais pas d'hémoptysie.

Thorax amaigri. A cette époque, aucune remarque ; rien de bien grave aux poumons ; rien au cœur ; rien à l'estomac.

14 mars 1912. — Nouveau séjour à l'hôpital, toujours pour des phénomènes pulmonaires, mais aussi pour des troubles digestifs.

Les troubles pulmonaires consistent en une toux sèche, fréquente, qui ne semble pas causée par de graves lésions pulmonaires. La voix est éraillée.

Les troubles digestifs consistent en vomissements du type œsophagien, régurgitation de suite après l'ingestion des aliments, surtout des solides. Il se plaint aussi de douleurs sourdes et continues à la partie supérieure du thorax.

Douleurs qui ne sont pas augmentées par l'ingestion des aliments.

L'absence d'alimentation a affaibli beaucoup le malade, qui a, d'ailleurs, perdu plusieurs kilogs ces derniers temps ; une première radioscopie est négative.

15 mars. — M. Sargnon pratique l'œsophagoscopie. Il a une grande difficulté à vaincre le spasme supérieur qui siège au niveau de la bouche de l'œsophage et celui qui correspond à la crosse aortique.

La paroi œsophagienne est le siège des battements transmis. Au-dessous de ce rétrécissement, on tombe dans une vaste poche à la limite inférieure de laquelle se voit un nouveau rétrécissement siégeant à 38 centimètres de l'arcade dentaire. Ce point rétréci a un aspect nacré : il semble d'origine cicatriciel. La poche est pleine d'un contenu liquide que

l'on aspire. On voit alors sa forme en calebasse comprise entre les deux rétrécissements.

16 mars 1912. — Ala radioscopie, gros cœur globuleux. Pas d'anévrisme de la crosse. Le cachet de bismuth est arrêté au niveau de la quatrième côte. Il semble bien qu'on ait à faire à une sténose d'origine organique, car le cachet n'est pas animé de mouvement d'ascension et de descente, comme c'est le fait lorsqu'il s'agit de spasme.

A l'examen à la sonde, le rétrécissement est infranchissable même pour le boule la plus petite. On a des spasmes à différentes hauteurs.

22 mars. — Gastrostomie par le procédé de Fontan. Le foie, débordant un peu, oblige à faire l'incision plus bas que d'habitude.

25 mars. — Mort du malade par syncope dans la nuit du 24 au 25 mars.

26 mars. — Autopsie. Estomac plein de sang. A l'ouverture du péricarde, on trouve de la péricardite récente et, au-dessous de la pointe du cœur, une masse du volume du poing refoulant le feuillet postérieur du péricarde, si bien qu'on se demande si cette tumeur d'aspect kystique n'est pas intra-péricardique.

En réalité, on trouve un énorme anévrisme de la portion inférieure de l'aorte thoracique, ouvert dans la partie inférieure de l'œsophage. L'ulcération œsophagienne a bien les dimensions d'une pièce de deux francs. La paroi de l'anévrisme est tapissée d'une épaisse couche formée d'anciens caillots fibrineux.

OBSERVATION n° 22

B..., 52 ans, entré le 25 juin 1912. *Rétrécissement de l'œsophage.*

Vient parce qu'il ne peut plus avaler les aliments solides, il est envoyé par M. Sargnon.

Personnellement, à part une fièvre typhoïde avec fluxion de poitrine à 20 ans, il n'a jamais été malade. Il n'est pas alcoolique et nie la syphilis.

L'affection actuelle remonte au mois de février. Avant cette date, il mangeait sans difficulté. A ce moment, il commence, certains jours, à éprouver de la difficulté à avaler les premières bouchées ; le reste des aliments passait bien. Depuis trois semaines, même les liquides ne passent plus que difficilement et capricieusement. Le malade n'a pas maigri. Pas de ganglion de Troisier, ni d'induration dans la région épigastrique. Pas d'albumine dans l'urine.

On fait une gastrostomie sous cocaïne. Les suites sont bonnes. Le malade s'en va en très bon état, mangeant quelques bouchées par la bouche et ayant appris à se servir de la sonde.

27 juillet 1912. — Le malade vient se faire voir ; il est en très bon état, a repris 4 kilogs et peut manger le pain en petite quantité par la bouche. Il s'alimente toujours, pour la plus grande partie, par sa sonde : potages, bouillies.

OBSERVATION n° 23

P..., 76 ans, entré le 10 août 1912. *Néoplasme de l'œsophage.*

Envoyé par M. Collet, pour un néoplasme œsophagien.

Se rappelle mal ses antécédents personnels. Surdité. Bronchite ou affection pulmonaire mal déterminée en février 1912 ; point de côté marqué.

Il fut gêné pour avaler, en mai dernier, par une angine « qui creva » ; le malade fut soulagé ensuite, et c'est depuis un mois et demi qu'il éprouve de nouveau de la gêne pour avaler. Au début, il pouvait déglutir encore la viande et la mie de pain bien mâchées. Actuellement, cela lui est devenu impossible : seuls les liquides passent. La déglutition des solides est douloureuse et la pression au niveau du larynx ne provoque pas de douleur.

Pas de ganglion de Troisier, mais il semble en avoir un au niveau du sterno-cléido-mastoïdien droit.

12 août 1912. — Gastrostomie par le procédé de Fontan. Commencée à la novocaïne, elle doit être continuée à l'éther et au kélène, parce que la plaie opératoire tombe sur nu gros foie descendant à plusieurs travers de doigt plus bas et qui ne pouvait être récliné sans douleur.

Le malade se remet mal de son opération ; la douleur persiste.

OBSERVATION n° 24

B..., 57 ans, entré le 6 novembre 1912.

Le malade a eu une bronchite légère bilatérale, il y a six ans. Troubles d'estomac depuis des années. Absinthisme en Tunisie. Il a vomi, il y a trois ou quatre ans, immédiatement après le repas, Depuis qu'il ne boit plus d'alcool, il ne vomit plus. Depuis un mois et demi, la gêne pour avaler est plus grande. Les solides passent avec difficulté. Il est resté 12 heures sans ne pouvoir rien avaler, il y a un mois et demi. Une autre fois, il a eu une suffocation pendant le repas, les aliments ne descendant pas.

Le malade est très nerveux.

Une sonde demi-molle est arrêtée un instant à la partie supérieure de l'œsophage. La radioscopie (D^r Malot) montre des poumons sains, une grosse poche stomacale, une aorte un peu élargie sans ectasie vraie. Le cachet de bismuth est arrêté un instant à la bouche de l'œsophage, puis reste plusieurs minutes au niveau de la région aortique, puis il tombe tout droit dans l'estomac. La bouillie bismuthée descend très vite, avec un arrêt très court au niveau de la région aortique. Pas de poche.

9 novembre. — Œsophagoscopie. A 22 centimètres, on voit une paroi épaissie, non ulcérée, et une petite tumeur non bourgeonnante, recouverte de muqueuse, dure au contact. Néoplasme ou polype.

16 novembre. — Il a engraisé et mange mieux.

25 novembre. — Il a remaigri de 300 grammes. Dilatation facile avec une grosse sonde.

16 décembre. — Il mange de tout facilement, sauf le pain. Quintes de toux la nuit. Il garde la sonde une demi-heure, pas de sang.

3 janvier 1913. — Le malade a repris 2 kilogs en un mois, il mange de tous les aliments. Une grosse sonde passe, mais difficilement (spasme de la bouche).

7 janvier. — Œsophagoscopie avec Bérard, sous cocaïne, en position assise. Infiltration œdémateuse, diffuse, circulaire, avec, en arrière, des bourgeons saignotants. On fait une prise à l'emporte-pièce. Examen histologique douteux.

30 janvier. — Depuis deux jours, l'alimentation, même liquide est moins bonne. Malade affaibli. Il accepte la gastro sous cocaïne.

2 février. — Gastrostomie sous novocaïne par M. Bérard (procédé de Fontan). Estomac très petit ; à un moment donné, confusion avec le gros intestin. L'estomac ayant été tiré fortement, on fait une suture renforcée par des fils

joignant l'estomac et le muscle. Suites opératoires bonnes. Les premiers jours, sensation de tiraillements intenses de l'estomac.

17 février. — Quitte la clinique, allant bien.

Mars 1913. — Vu les difficultés pour sonder le trajet, sa femme se sert d'une sonde demi-molle : fausse route, douleurs abdominales, température 38° à 39°, vomissements. Mort avec vomissements verts par la sonde qu'on avait remise. Probablement fausse route, péritonite.

OBSERVATION n° 25

M. B., 33 ans, entré en novembre 1912. *Sténose de l'œsophage.*

Présente une sténose de l'œsophage datant de sept mois et sans vomissements, les aliments passent, sauf la viande, amaigrissement de 14 kilogs. Etat général mauvais, voix éraillée, gros fumeur. Le cathétérisme a montré un arrêt de 25 cent. et a ramené du sang. Nous voyons le malade et constatons pareils phénomènes. La radioscopie montre un arrêt prolongé aortique et une petite dilatation sus-jacente ; l'estomac est abaissé. Sommets un peu flous. Ganglions intra-thoraciques. Aorte légèrement, mais uniformément dilatée. L'œsophagoscopie (Sargnon) pratiquée en novembre 1912, sous cocaïne en position assise, montre à 20 cm. des arcades dentaires supérieures, une sténose circulaire très inflammatoire rouge œdémateuse ulcérée à gauche. On pense plutôt à un spasme ulcéré par la dilatation, on avait passé une olive.

Ultérieurement le malade engraisse un peu. Une nouvelle œsophagoscopie pratiquée en janvier montre à nouveau un bourgeonnement intense très hémorragique. On pense cette

fois à du néoplasme et une gastro est pratiquée sous cocaïne par Bérard, Cependant, il y a eu de la douleur. Au moment de l'attraction de l'estomac, très petit, on est obligé de donner, pendant quelque minutes, de l'anesthésie générale.

Suites opératoires bonnes. Le malade revu deux mois après a notablement engraisé, mais une nouvelle œsophagoscopie montre que la lésion œsophagienne, ne s'est pas modifiée : il s'agit probablement d'un néoplasme chez un homme jeune et non d'une lésion inflammatoire comme nous l'avons cru au début.

En juin 1913. — Le malade a engraisé et il va bien ; s'agit-il de néoplasme ? Ultérieurement paralysie récurrentielle gauche ; le malade a été perdu de vue.

OBSERVATION n° 26

B... Marie, 49 ans, entrée le 23 novembre 1912. *Sténose pharyngée et laryngée cicatricielle et d'origine syphilitique*

Malade adressé d'urgence pour dyspnée intense avec tirage, cornage et siffilage intense. A l'examen, malade pâlie, cyanosée, extrêmement dyspnéique. Sifflement strident ; spasme de la glotte la faisant parfois étouffer. A l'interrogatoire : voix éteinte et nasonnée, elle raconte qu'elle a eu la syphilis et une perforation du voile du palais. La maladie dure depuis une dizaine d'années. Actuellement : dans la bouche on constate une perforation du voile du palais qui s'est en partie cicatrisée.

On trouve une sténose pharyngée supérieure, pharyngée moyenne et laryngée d'origine syphilitique et due à des rétrécissements cicatriciels.

La malade avait depuis longtemps des vomissements. Dyspnée assez intense et toux rauque avec par moments des accès paroxystiques.

23 novembre 1912. — Trachéotomie d'urgence sous novocaïne. Issue de mucosités bronchiques abondantes. Pas de sang dans la trachée. Le malade va très bien. On fait le traitement mercuriel par des piqûres et on donne de l'iodure.

30 novembre 1912. — Examen laryngoscopique. On trouve au niveau du pharynx un petit orifice semblant se diviser en deux pour aller l'un dans le larynx, l'autre dans l'œsophage. On essaie de passer des sondes, mais sans succès, d'abord par la bouche, puis par l'orifice trachéal : toutes les tentatives échouent.

18 décembre 1912. — Gastrostomie sous anesthésie locale à la novocaïne. La malade n'a souffert que quand on est arrivé sur le péritoine.

24 décembre 1912. — On cesse les piqûres de bi-iodure. On fait de la dilatation par le bout inférieur de l'œsophage.

18 janvier 1913. — Après de nombreuses séances de dilatation on supprime la sonde de la gastrostomie. La malade peut s'alimenter elle-même par la bouche. On laisse la canule.

28 février 1913. — Après la malade s'alimente facilement par la bouche.

A la radioscopie : le passage de la bouillie bismuthée se fait normalement à travers l'œsophage : celui-ci n'offre pas de diverticules.

La malade a de grandes oscillations thermiques.

3 mars 1913. — L'auscultation montre un foyer de pneumonie à la base gauche.

17 mars 1913. — Mort.

(1) Obs. rapportée par M. Sargnon à la Société de Sciences médicales, le 18 décembre 1912.

OBSERVATION n° 27

F., 52 ans, entré le 7 décembre 1912. *Néoplasme de l'œsophage.*

Le malade entre à l'hôpital pour des phénomènes de sténose œsophagienne.

Pas d'affection antérieure, le malade nie toute spécificité.

L'affection actuelle a commencé au mois d'août 1910. Pas de chagrins à invoquer, ni d'ingestion de liquides brûlants ou caustiques, comme cause occasionnelle, mais le malade accuse un fort rhume accompagné d'angine et de voix enrôlée. En même temps apparurent les troubles œsophagiens. Les aliments solides (viande et fromages entre autres) furent les premiers arrêtés, aussitôt après la déglutition, le malade avait une sensation de pesanteur rétrosternale et se rendait bien compte de l'arrêt des aliments. Le bol ainsi arrêté ressortait peu après par le nez ou par la bouche, ou bien le malade entendait un gargouillement et se sentait délivré de la gêne. Certains repas se prenaient sans incident ; parfois au milieu de son diner, les aliments s'arrêtaient brusquement et alors une gorgée d'eau ou mieux d'huile, parvenait souvent à faire glisser le bol. Les liquides pris seuls descendaient toujours facilement.

Le malade très gros au début (100 kilogs) était tombé à 77 il y a deux ou trois mois. Il avait repris 6 kilogs dernièrement, les troubles de sténose étant moins accentués.

A son entrée, les aliments sont parfois arrêtés pendant un jour, toute déglutition est alors suivie de la régurgitation immédiate.

Le malade a toujours faim. Teint normal.

Rien à la palpation de la région cervicale, pas d'adénite sous claviculaire.

La percussion juxta-vertébrale ne dénote pas de matité.

Pas de troubles hépatiques (le foie paraît le volume normal). Pas d'œdème des jambes. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le cœur et les poumons sont normaux.

Au cathétérisme, la sonde est arrêtée par le spasme à l'entrée de l'œsophage, puis à 46 cm. des arcades dentaires.

L'œsophagoscopie ne dénote rien jusqu'à 32 cm., sauf des spasmes intenses.

11 décembre. — Gastrostomie sous cocaïne suivant le procédé de Fortan.

Les suites sont très simples.

2 janvier 1912. — La sonde fixée avec la soie, ne peut pas être retirée par traction au 15^{me} jour. Le fil de soie est si solide, qu'on ne l'enlève que le 2 janvier 1912. Orifice continent, paroi solide, cicatrice parfaite à peine visible.

23 janvier 1912. — Le malade rentre de nouveau, parce que l'orifice de la gastro s'est enflammé est très douloureux.

OBSERVATION n° 28

B..., 33 ans, le 9 décembre 1912.

Père, mère bien portants. Jamais de maladies graves.

Depuis mars 1912, présente de la gêne pour avaler, il ne vomit pas.

Pas de douleurs stomacales, actuellement tous les aliments passent, mais la viande difficilement. Il a maigri de 13 kilogs depuis mars 1912. Présente de l'asthme depuis deux ou trois ans, il a toujours toussé, sa voix a toujours été éraillée.

Après anesthésie cocaïnique, la sonde molle passe facilement, mais ramène du sang.

La radioscopie avec le cachet de bismuth montre un arrêt

à la région aortique, avec la bouillie bismuthée on constate une dilatation très minime. L'estomac descend au-dessous de l'ombilic. On remarque au niveau de la crosse, une aorte un peu dilatée, sans anévrisme apparent.

11 décembre. — Œphagoscopie sous cocaïne en position assise. On voit un gonflement circulaire très inflammatoire rouge, œdématisé à 19/20 cm. des arcades dentaires, avec du côté gauche une petite ulcération saignant au moindre contact. Diagnostic probable : spasme enflammé avec ulcération peut-être traumatique.

15 janvier. — Le malade a depuis bonne mine, les aliments passent bien, toujours de la gêne dans la région aortique.

Nouvelle œsophagoscopie avec le docteur Bérard ; bourgeonnement intense très hémorragique n'obstruant pas le canal de l'œsophage. On pense à du néoplasme et on décide une gastro.

20 janvier. — Gastrostomie (Fortan) sous infiltration de novocaïne à deux plans. On donne un peu d'anesthésie générale lors des tractions sur le péritoine. Mise en place immédiate d'une petite sonde.

17 mars. — Le malade a pris 3 k. 500 en 40 jours. Alimentation par la bouche et par la fistule qui est très continente.

Dans la suite, le malade a pris une paralysie récurrentielle gauche.

OBSERVATION n° 29

L..., 45 ans. Entré le 13 déc. 1912. *Néoplasme gastrique.*

Pas d'antécédents héréditaires à signaler.

Antécédents personnels : jamais de maladie.

Douleurs d'estomac depuis trois ans, en avant et plus tard dans le dos. Jamais de vomissements. Douleurs 4 ou 5 heures après les repas.

La dysphagie est plus intense depuis 10 mois. Il a maigri de 30 kilogs en trois ans.

Sténose du cardia, à 41 cm., la sonde ne ramène pas de sang.

Il refuse d'entrer à l'hôpital pour une radioscopie et une œsophagoscopie.

Il rentre chez M. Bérard 15 jours après. Après l'incision de la paroi, on tombe sur un néoplasme diffus du cardia et de l'estomac. La gastrostomie étant impossible, on fait une entéro anostomose (D^r Cotte).

Mort en mars 1913.

OBSERVATION n° 30

B., 46 ans, entré le 17 mars 1913. *Néoplasme de l'œsophage.*

Vient pour des troubles dûs à un rétrécissement de l'œsophage.

Les troubles ont débuté au mois de décembre 1912, le malade avait quelques picotements à la déglutition, mais tout passait cependant. Ce n'est qu'à la fin janvier, que les solides ne purent passer (pain et viande) le malade avait en ce moment-là, des régurgitations alimentaires immédiates sans véritable vomissement. Il arrivait même quelquefois qu'un morceau de pain ou de viande arrêté empêchait le malade de manger pendant plusieurs jours consécutifs.

Actuellement il ne passe que les potages, œufs, pain cuit et boissons. Pas de véritable douleur à la déglutition, il n'y a jamais eu de sang ni dans les aliments ingurgités, ni dans les selles. Il ne semble pas avoir de troubles de compression avec syndrome médiastinal, ni de troubles du côté des récur-

rents. Le malade a maigri de 3 à 4 kilogs et a le teint jaune paille.

Œsophagoscopie, (M. Sargnon) à 22 cm. on voit un rétrécissement néoplasique circulaire à forme squirrheuse, dont la paroi est infiltrée et rouge, surmontée d'un petit bourgeon néoplasique très hémorragique.

Rien aux poumons, ni au cœur. Pas d'albumine et pas de sucre dans les urines.

20 mars 1913. — M. Cotte fait une gastrostomie.

Périgastrite intense très marquée se traduisant à la face convexe du lobe gauche du foie par des exsudats puriformes, Bien que l'estomac soit fixé par le haut, on arrive cependant à amener dans la plaie, un cône gastrique. Gastrostomie par le procédé de Fontan.

4 avril 1913. — Sortie du service.

OBSERVATION n° 31

G., 49 ans, *Spasmes de l'œsophage*.

La malade est ici depuis août 1913. Elle a maigri de 8 kilos, ressent des douleurs œsophagiennes cervicales basses et thoraciques supérieures, très intenses. La radioscopie faite par le M. le Docteur Barjon est négative ; on fait de la dilatation avec la sonde à air, de la bouche de l'œsophage, quatre fois avant l'œsophagoscopie : les douleurs persistent quoiqu'il y ait une amélioration momentanée pour le passage des aliments.

21 février 1914. — On pratique l'œsophagoscopie clinique sous cocaïne dans la position assise. Elle est négative jusqu'au tiers inférieur du thorax ; on n'a pas examiné le cardia et on a constaté simplement un spasme franchissable de la bouche

œsophagienne. A la suite de cette manœuvre on note une amélioration; l'alimentation est plus aisée.

3 mars 1914. — Depuis 4 jours la gêne pour avaler s'est accrue. On fait de la dilatation avec une grosse sonde et on constate un arrêt cardio-diaphragmatique momentané. On dilate cette région avec la sonde à air.

En somme il s'agit d'un spasme de l'œsophage à siège variable, la malade est très nerveuse.

10 mars 1914. — Apparition d'une sensation de brûlure tout le long de l'œsophage. La cocaïnisation la soulage pour plusieurs jours, puis la douleur réapparaît. La malade parle de se tuer tellement elle souffre.

On observe toujours le spasme de la bouche, on dilate avec une grosse bougie Bouchard, elle est arrêtée; pas d'amélioration, les aliments passent toujours.

14 mars 1914. — La malade entre dans le service de M. Bérard.

16 mars. — On fait une gastrostomie sous novocaïne. L'amélioration est immédiate et les suites parfaites.

1^{er} avril. — Par mégarde on laisse reboucher l'orifice : les douleurs reviennent 8 jours après l'oblitération. La malade remaigrit souffre un peu de partout, perd ses forces. Les aliments sont longs à passer dans l'estomac mais passent mieux qu'auparavant. La douleur siège à la gorge à la langue, mais l'examen de ces organes est négatif.

5 mai. — La malade rentre à nouveau dans le service du professeur Bérard. Elle peut toujours s'alimenter par la bouche pour se faire faire une dilatation.

10 mai. — Elle sort du service, elle avale facilement; mais il n'a pas été possible de replacer la sonde dans la bouche stomacale.

OBSERVATION n° 32

A., 54 ans, entrée le 5 octobre 1913. *Rétrécissement néoplasique de l'œsophage.*

Vient se faire opérer car il ne peut plus rien avaler depuis neuf semaines. Père mort d'attaque d'apoplexie. Pas d'antécédents néoplasiques.

Il n'a jamais été malade, nie toute spécificité et ne boit pas. Il ne tousse pas.

Il n'a pas bu de liquides corrosifs ou brûlants.

L'affection actuelle a débuté fin juin 1913 par de la difficulté de la déglutition, des vomissements à caractères œsophagiens, de la dysphagie très marquée. Puis les aliments liquides ne passent plus, il est toujours altéré et affamé : ventre en bateau caractéristique.

Pas ou très peu de douleurs spontanées, elles sont très nettes au contraire quand le malade a dégluti ; elle siègent alors au niveau de la face antérieure du thorax à droite, à la hauteur des deuxième et troisième espaces intercostaux.

De 83 kilogs le malade est tombé à 59 en deux mois et demi. Examen radioscopique le 16 octobre. Au moment de la prise du cachet, spasme et régurgitation immédiate. A l'examen le médiastin postérieur est obscur dans sa portion supérieure. On ne voit rien de bien net : pas de tumeur, pas de poche œsophagienne perçue.

16 octobre. — Gastrostomie par le procédé habituel sous anesthésie locale.

27 octobre. — M. Sargnon fait le cathétérisme explorateur de l'œsophage. A 27 cm. 1/2 on constate un arrêt de la sonde on voit ensuite à ce niveau un bourgeon néoplasique latéral droit et une petite poche sus-jacente (on a été obligé pour voir, de pomper le liquide qui se trouvait dans cette poche).

30 Octobre — La fistule gastrostomique fonctionne très bien et est très continente.

3 Novembre. — Introduction d'un tube de radium par M. Sargnon à 28 cm. et laissé en place 8 heures.

8 novembre. — Œsophagoscopie : quelques points de sphacèle. Le bourgeon est visible mais diminué. La lumière de l'œsophage paraît augmentée. Introduction à 30 cm., le tube est laissé pendant 4 h. 1/2.

17 novembre. — Œsophagoscopie. La profondeur atteinte par la sonde est de 33 c. 1/2, plus de bourgeons. Il semblerait qu'on ait gagné 4 cent. 1/2. Introduction du tube qui est laissé pendant 6 heures.

OBSERVATION n° 33

T..., 64 ans, entré le 10 novembre 1913. *Sténose œsophagienne.*

Le malade vient à l'hôpital parce qu'il ne peut faire descendre les aliments : la viande et le pain ne descendent pas.

Père mort à 72 ans d'une plaie à la tête. Mère morte à 80 ans à l'Hôtel-Dieu.

Il y a sept ans, coup de boule au thorax, à droite (opéré à Saint-Pothin). Il s'est formée une grosseur qui a augmenté de volume et qu'on a incisée.

L'affection actuelle a débuté depuis deux mois environ. Le malade s'aperçut alors qu'il avait de la peine à avaler le pain. Cette dysphagie augmenta très insensiblement, et actuellement, après une longue mastication, le malade peut encore déglutir les solides. Jamais de régurgitation. Amaigrissement peu marqué. Cliniquement, on ne trouve du

côté du tube digestif, rien d'autres que les symptômes fonctionnels accusés par le malade.

Le cœur est hypertrophié (pointe dans le 6^e espace en dehors de la ligne mamelonnaire), et l'examen montre un souffle systolique de la pointe et tous les signes d'une insuffisance aortique d'origine artérielle. Pas de signe d'ectasie aortique à la radioscopie. Rien à l'aorte. Le cachet bismuthé s'arrête au niveau de la base du cœur et l'on voit des mouvements antipéristaltiques.

14 novembre 1913. — Sous anesthésie locale (8 centimètres cubes de la solution de novocaïne adrénaline) on fait une gastrostomie à la Fontan.

8 décembre 1913. — Œsophagoscopie sous cocaïne en position assise.

Le cathétérisme préalable montre un arrêt momentané au niveau de la bouche de l'œsophage, puis un arrêt dans la région aortique vers 20 cent. environ, enfin un arrêt complet à 30 cent.

L'œsophagoscopie qui est d'abord faite avec le tube biseauté montre un pharynx inférieur indemne, avec un tube de 13 cent. on pénètre jusqu'à 20 cent. et on rencontre à ce niveau un obstacle constitué par un épaississement de la paroi œsophagienne, à droite: épaississement semblant bourgeonnant, mais peu hémorragique avec une plaque blanchâtre ressemblant à de la leucoplasie. On fait une application de radium introduit avec un mandrin à ce niveau. Le radium est laissé en place.

OBSERVATION n° 34

F..., 50 ans, entré le 22 mars 1914. *Néoplasme de l'œsophage.*

Vient pour des troubles de la déglutition. Rien dans ses antécédents héréditaires. A eu une broncho-pneumonie il y a un an. Il y a deux mois environ, le malade s'est aperçu de la gêne de la déglutition pour les matières solides ; les liquides passent normalement. Aucune douleur, mais cette gêne augmente. Pas de régurgitation. Le malade a conservé son appétit, il n'a pas maigri. Bon état général.

L'œsophagoscopie a été faite par M. Sargnon.

Respiration nasale bonne. Rien au pharynx. Peut-être un léger bombement au niveau des régions sous-glottiques, surtout en arrière (est-ce au niveau de son cricoïde ?)

Il montre nettement la bouche de l'œsophage comme siège de son mal. Gros cornet moyen droit, un peu poly-pôidal. Sinus maxillaire droit moins clair que le gauche.

L'examen à la sonde montre un arrêt momentané, avec légère douleur au niveau de la bouche de l'œsophage.

La radioscopie (D^r Malot) montre un arrêt définitif du cachet au niveau de la bouche œsophagienne. L'épreuve de la bouillie de bismuth montre l'absence de diverticule. La bouillie passe assez facilement. Les épreuves ont été faites à partir du 16 mars 1914.

L'œsophagoscopie faite en position assise, sous cocaïne, montre, au niveau de la bouche œsophagienne, une infiltration diffuse avec des points saignotants, sans ulcération nette, ni gros bourgeonnement. L'œsophagoscope peut franchir le rétrécissement et passer dans l'œsophage thoracique qui est normal.

Le diagnostic le plus probable est donc : infiltration néoplasique au début de la bouche de l'œsophage. A noter la mobilité des cordes vocales et l'absence de troubles de la voix. La biopsie n'a pas encore été faite (D^r Sargnon).

31 mars 1914. — Intervention. Anesthésie locale par infiltration à la novocaïne un quart d'heure avant l'opération.

Incision oblique habituelle de Hahn. On arrive facilement sur l'estomac qui n'est pas très rétracté, car le malade a continué à s'alimenter convenablement.

Gastrostomie par le procédé de Fontan, valvulé.

Dans la suite, on enlève la portion néoplasique de l'œsophage (Œsophagectomie cervicale). Le malade meurt de broncho-pneumonie un mois après.

OBSERVATION n° 35

T..., 60 ans. Entré le 6 avril 1914 à la Clinique Vendôme.
Pas d'antécédents héréditaires à noter.

Comme antécédents personnels, pas de syphilis avouée. Il a eu, il y a dix ans, à la Rochelle, des hémoptysies très abondantes, et n'en aurait pas revu depuis.

Il y a dix jours, il a constaté de la gêne pour avaler.

Le 16 avril, le malade, pesé, a maigri de 17 kilogs. Cet amaigrissement est dû à l'inanition, car ni les solides ni les liquides ne passent.

Un spécialiste avait constaté de la déviation de l'œsophage, et, de plus, de la compression de cet organe. Cette compression permettait une dilatation sous œsophagoscopie. On a éliminé l'ectasie aortique et le cancer. Pensant à la syphilis, on a essayé le traitement ioduré qui, ne donnant pas de résultat, a été rapidement supprimé.

Comme on constate que la dysphagie réapparaît malgré la dilatation et qu'elle présente des douleurs au niveau du bas du dos et de l'estomac, on passe le malade aux rayons X.

Il n'a pas pu avaler quoi que ce soit depuis trois jours : on constate un obstacle à 20 centimètres des arcades den-

taires. Pas de dilatation apparente de l'aorte, son sinus est clair, ce qui concorde avec l'examen clinique qui montre l'égalité des deux pouls ; pas d'élévation de la crosse aortique, pas de troubles recurrentiels, ni pupillaires. On a néanmoins un petit souffle piaulant à la pointe du cœur. Cet obstacle, qui s'étend sur 3 centimètres environ (de 17 à 20 centimètres des arcades) paraît absolument infranchissable. Le cachet bismuthé, non seulement ne peut pas descendre plus bas que 20 centimètres, mais il ne peut pas remonter. Il paraît être pris dans un diverticule (remarquons la petitesse du cachet, environ une petite perle). Le malade ne peut tolérer plus de 10 centimètres cubes de bouillie bismuthée ; elle a rempli un petit diverticule à droite de l'œsophage ; il ne passe absolument rien au-dessus. L'examen œsophagoscopique est pratiqué par M. Sargnon qui constate un obstacle infranchissable à 17 centimètres des arcades. « On bute complètement ». Il essaie, après cocaïnisation, de passer de fines sondes ; la plus fine bute toujours. Le tampon de cocaïne lui-même ne peut s'engager. On voit un pertuis à gauche de l'œsophage. On ne constate pas la présence de tumeur ni de sang. M. Sargnon pose le diagnostic de compression possible de l'œsophage, par un diverticule siégeant à droite et ayant refoulé l'œsophage à gauche.

MM. Horand et Sargnon font, le 18 avril, une vérification radioscopique de l'œsophagoscopie. Ils notent une petite ectasie à gauche qui n'est certainement pas la cause du rétrécissement, car elle siége beaucoup plus bas. Le 20 avril, la gastrostomie est faite par M. le Professeur Bérard, sous anesthésie locale et suivant le procédé de Fontan. Comme le malade souffrait lors du temps péritonéal, on lui a administré du kellène.

25 mai 1914. — Il entre dans le Service de M. le Professeur Bérard.

Depuis l'intervention, le malade s'alimente par la sonde stomacale et prend un peu de liquide par la bouche. Il a engraisé de 2 kilogs.

Le malade sort de l'hôpital.

Nous apprenons, le 24 juin, qu'il est mort chez lui après avoir présenté une parotidite.

OBSERVATION n° 36

T..., 53 ans, entré le 19 juin 1914. *Néoplasme de l'œsophage.*

Vient à l'hôpital pour une dysphagie œsophagienne. Parents morts âgés, rien à signaler dans ses antécédents. Il nie l'éthylisme et la syphilis. Sa femme et son enfant sont bien portants.

Il y a six mois le malade commença à présenter quelques régurgitations : il avait de la peine à avaler le pain et les aliments un peu volumineux qui après quelques efforts de déglutition étaient immédiatement régurgités. Le malade sentait que ses aliments étaient arrêtés vers le creux épigastrique.

Peu à peu il a dû supprimer tous les aliments solides et actuellement il ne prend plus que des liquides qu'il avale lentement par petites gorgées, la soupe passe encore mais très lentement. Les régurgitations lorsqu'elles se produisent sont toujours immédiates, jamais le malade n'a remarqué la présence de sang, il n'a jamais souffert. Il aurait maigri d'une dizaine de kilos.

Actuellement, le malade est amaigri, mais non cachec-

tique, il ne travaille plus depuis un mois seulement. En somme bon état général.

Longue sabburale; l'estomac, autant qu'on peut s'en rendre compte par la percussion, n'est pas rétracté.

L'examen de l'abdomen est négatif. Rien au cœur ni aux poumons. Il n'existe pas d'adénopathie. Réflexes rotuliens exagérés. Pupilles égales et réagissant bien.

Examen œsophagoscopique (M. Sargnon). A 38 ou 39 cm. des arcades dentaires, c'est-à-dire, dans la région cardiophragmatique, on aperçoit un rétrécissement formé de bourgeons néoplasiques.

30 Juin. — Intervention faite par le professeur Bérard : Gastrostomie sous anesthésie locale par le procédé habituel. Sans incident.

1^{er} Juillet. — Le malade a passé une mauvaise nuit. Ce matin, il présente un état général extrêmement grave : dyspnée, cyanose, refroidissement des extrémités, yeux enfoncés, euphorie. Le ventre est excavé, sans contractions ni douleurs.

Le malade a vomi une fois cette nuit.

Malgré une médication énergique le malade meurt à 1 h.30.

A l'autopsie on trouve une perforation gastrique. Le néoplasme s'étend sur le cardia et une partie de l'estomac.

La perforation a du être causée par les tiraillements opératoires agissant sur une paroi gastrique envahie par le cancer.

OBSERVATION n° 37

L..., 56 ans, entré le 21 Juin 1914. *Néoplasme de l'œsophage propagé au larynx.*

Le malade est envoyé par M. Sargnon pour dysphagie.

Parents morts âgés. Fièvre typhoïde à 14 ans. A 34 ans, il eut une pleurésie gauche dont il se remit bien, sans continuer à tousser, ni à être essoufflé. Nie la syphilis. Ethylisme moyen. Femme et enfant bien portants.

Il y a six mois le malade a commencé à ressentir de la dysphagie par intervalle : pendant un jour ou deux il ne pouvait avaler, ni solides, ni liquides, puis la déglutition redevenait normale. Mais rapidement la dysphagie est devenue chronique et n'a cessé de s'accroître. Le malade dit que les aliments sont arrêtés très haut et qu'il les recrache immédiatement, jamais de sang dans ses régurgitations. Jamais de douleurs.

Actuellement, plus rien ne passe, que les liquides : depuis le mois de mai il ne prend plus que du bouillon ou du lait. Il y a un mois il aurait eu une affection pulmonaire qui l'a affaibli. Depuis il continue à tousser, pas de modification de la voix.

A l'entrée, malade amaigri de 15 kgs, presque cachectique. Ce qu'il accuse, c'est une dysphagie pharyngienne et quoique il prétende que sa voix n'ait pas changé, on est frappé par son timbre rauque. Mobilité laryngée normale, mais grosse adénopathie angulo-maxillaire du côté gauche. Abdomen rétracté. Rien au cœur. Sommet gauche avec craquements.

Réflexes normaux. Pupilles égales et réagissant bien.

Psoriasis du cuir chevelu.

A l'examen laryngoscopique : gros aryénoïde gauche.

25 Juin. — M. le professeur Bérard fait une gastrostomie sous anesthésie locale, sans incident.

OBSERVATION n° 38

M..., 58 ans, entré le 3 juillet 1914. *Néoplasme pharyngo-laryngé*. Depuis 3 mois le malade a pris une voix rauque, voilée, une dyspnée progressive s'est installée ensuite, dyspnée d'effort, puis dyspnée apparaissant sans la moindre cause.

Le mois dernier le malade a commencé à présenter de la dysphagie. A l'entrée, sujet non cachectique, amaigri, faciès coloré congestif. La dyspnée apparaît dès que le malade se remue ou s'agite. La voix a un timbre rauque.

La dysphagie est maintenant très prononcée. Les aliments solides ne pèsent plus : ils sont rejetés à l'orifice supérieur de l'œsophage. Le malade ne s'alimente plus que par des liquides et s'amaigrit. L'examen de la bouche, le toucher pharyngien ne montrent aucune lésion de l'isthme du gosier, de la base de la langue ou de la région amygdalienne.

A la palpation, le larynx a conservé sa mobilité et n'est pas douloureux, à peine sensible à une pression forte, il ne paraît pas déformé.

CONCLUSIONS

I. A l'heure actuelle, la gastrostomie est une intervention de pronostic bénin (surtout depuis l'emploi de l'anesthésie locale).

II. La fistule gastrique est continente si l'on prend certaines précautions de technique : le procédé de choix est le procédé à valvule, notamment celui de Fontan ou un procédé analogue.

III. L'anesthésie locale, employée chez l'adulte, mais peu pratique et habituellement inutile chez l'enfant a permis de réduire beaucoup la mortalité post-opératoire et d'opérer avec succès des cachectiques avancés. Elle consiste dans l'infiltration par la novocaïne des plans superficiels, puis des plans profonds. On devra attendre 20 minutes avant d'inciser et l'on aura fait au préalable (une heure avant) une injection de morphine.

IV. Les résultats de la gastrostomie d'urgence, pratiquée ainsi, sont très favorables, les malades peuvent s'alimenter, même le jour de l'opération, ce qui relève leur état général.

Chez l'enfant on n'a observé habituellement d'insuccès que dans les cas d'oblitération congénitale ou d'hyperplasie siégeant au-dessous de la gastro.

Chez l'adulte, les lésions bénignes guérissent ou s'améliorent à moins de gastros trop tardives ou de lésions tuberculeuses avancées. Chez les néoplasiques, la gastro permet l'alimentation et le relèvement de l'état général, mais n'arrêtent naturellement pas l'évolution de la lésion. Elle donne des survies variables. La gastro peut être une opération préliminaire faisant cesser le spasme et permettant, dans nombre de cas, la dilatation haute sous œsophagoscopie, la dilatation rétrograde, la mise en place du fil sans fin suivie de la dilatation caoutchoutée progressive.

Ces méthodes ont raison des rétrécissements cicatriciels graves.

Les applications de radium dans l'œsophage sont facilitées par la gastrostomie ; elles peuvent être effectuées par voie rétrograde. Ce sujet est encore à l'étude et fera l'objet d'un autre travail.

Le Président de la Thèse,
BÉRARD.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 15 Juillet 1914.
Le Recteur Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAROZZI J. — Considérations sur la gastrostomie en général et sur le procédé de Marwedel en particulier dans les sténoses cancéreuses du pylore. — Th. de Paris 1897-1898.
- BÉRARD ET SARGNON. — Contrib. à la laryngo-pharyngectomie dans le cancer. Bulletin d'oto-rhino-laryngologie de mars 1914.
- BRAQUEHAYE J. — La Gastrostomie, Paris 1900.
- BUREL J. — Contribution à l'étude clinique et œsophagoscopique des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. (Thèse Lyon année 1912).
- CHAVASSE. — Nouveaux éléments de petite chirurgie.
- DEPAGE A. — Résultats d'une nouvelle méthode de gastrostomie. XVI^e Congr. fr. de chir. 1903.
- EGERBERG A. — Om Echandlingen of impenetrable stricture i maddroret. Soc. med. Christiana Mai 1837.
- FODERL O. — Eine neue methode der gastrostomie (gastrostomatoplastik). Wien. Klin. Wochens. 1903,
- FONTAN E. — Une nouvelle opération de gastrostomie (procédé valvulaire). X^e Congr. franç. de chir. 1896.
- FORGUE E. — Sur la technique de la gastrostomie. Presse médicale 1898.

- FRANK R. — Eine neue Methode des Gastrostomie. Wien. Klin. Woch. 1893.
- GRARD Ch. — Neue Methode der Gastrostomie mit Sphincterbildung. Corr. Bl. f. Schut Aertze 1888.
- GUERIN Ch. — La gastrostomie et ses résultats dans le rétrécissement de l'œsophage. Mém. présenté au Concours des internes de Montpellier 1896. Inédit.
- GUISEZ. — Traité d'œsophagoscopie.
- HACKER. — Ueber die Verwendung des Musculus rectus abdominis zum Verschlusse der Kuntslichen Magenfistel. — Wien. med. Woch. 1886. Wien. Klin. Woch. 1890. Beitr. z. Klin. chir. 1896.
- HARTMANN H. — Note sur la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage. Bull. Soc. Anat. 1891.
- HILBERT. — Historique de la gastrostomie. Deutsch. Arch. Gazette Médic. 1884.
- HOWSE. — D'après DURHAM, in Holmes (T) et Halke (W) : A system of surgery 1883.
- JABOULAY M. — Procédé pour traiter la gastrostomie et la cystostomie. Gaz. hebd. de med. et de chir. 1894.
- KOCHER Th. — Man. de chir. opérat. 4^e édit. allem. (1902) trad. fr. par J. Stas Paris 1904.
- LAMBOTTE A. — Sur la gastrostomie par transplantation intestinale. — J. de chir. et ann. Soc. belge de chir. 1903.
- LINDNER H. — Ueber gastrostomie nach Frank-Berlin. Klin. Wochens 1896.
- MARWEDEL G. — Zur Technik des Gastrostomie. — Beitr z. Klin. chir. 1896.
- MONOD et VANVERS. — Traité de technique opératoire 1908.
- PAUCHET et SOURDAT. — L'anesthésie régionale.
- PETIT L.-H. — Traité de la gastrostomie, Paris 1879.
- POIRIER P. — Gastrostomie. Manuel opératoire. — Bull. et Mémo. Soc. de chir. 1900.
- PONCET A. — De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage. Mercredi médical 1892.
- RECLUS. — La cocaïne en chirurgie.

- SABANEJEF T.-F. — Création d'une fistule gastrique pour rétrécissement de l'œsophage Chir. Vestnik, St-Pétersbourg 1893.
- SARGNON. — Province médicale du 17 février 1912. Contribution à l'endoscopie directe. — Congrès de la Soc. Franc. d'oto-rhino-aryngologie.
- Contribution à l'œsophagoscopie. — Congrès de la Soc. Franc. d'oto-rhino-laryngologie. Paris, 1913-1912.
- De l'endoscopie directe et tout particulièrement de son application en laryngologie. — Arch. internat. de Laryngologie. Paris 1909.
- Indications et manuel opération de la laryngectomie en dehors des tumeurs malignes. — Cong. de la Soc. Franc. d'oto-rhino-laryngologie. 11 mai 1914.
- SARGNON et ALAMARTINE. — Le traitement actuel des sténoses cicatricielles graves de l'œsophage. — Rev. de chirurg. du 10 août 1912.
- SENN E.-J. — Gastrostomy by a circular valve methode. Journ. of the american méd. Assoc. 1896.
- SOULIGOUX Ch. — Gastrostomie avec torsion des parois stomacales pour un rétrécissement de l'œsophage. Rap. par Reynier. Bull. et Mém. Soc. de chir. 1902.
- TAVEL E. — Nouvelle méthode de gastrostomie. — Arch. prov. chir. 1906.
- TERRIER F. et DELAGENIERE H. — Quelques réflexions à propos d'un cas de gastrostomie. Rev. chir. 1890.
- TERRIER F. et LOUIS. — Même sujet (5 nouveaux cas). Meme rec. 1891.
- TERRIER F. et GOSSET A. — Note sur la gastrostomie. Meme rec. 1902.
- TERRIER et HARTMANN. — La chirurgie de l'estomac. Paris 1899.
- TILLIER M. — De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, nouvelle technique (opérat. en deux temps). Thèse Lyon 1891.
- ULLMANN E. — Zur Technik der Gastrostomie. Wien med. Woch 1894.
- VILLAR F. — Note à propos du manuel opératoire de la gastrostomie. Bull. et Mem. Société de chir. 1894.

